تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى أطفال المرحلة الابتدائية بدولة الإمارات العربية المتحدة في ضوء بعض المتغيرات.

إعداد

مؤيد عبد الهادي حميدي

إشراف

الأستاذ الدكتور أحمد أحمد عواد

قدمت هذه الاطروحة استكمالا لمتطلبات منح درجة دكتوراه فلسفة في التربية

(تخصص تربية خاصة)

كلية العلوم التربوية والنفسية

جامعة عمان العربية

حزيران، 2010 م

التفويض

أنا مؤيد عبدالهادي حسن حميدي أفوض جامعة عمان العربية بتزويد نسخ أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

الاسم: مؤيد عبدالهادي حميدي.

التوقيع:

التاريخ: ٢٠١٠/٦/٢٦

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة للطالب/ مؤيد عبد الهادي حميدي بتاريخ: 2010/6/7

وعنوانها: " تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى أطفال المرحلة الابتدائية بدولة الإمارات العربية المتحدة في ضوء بعض المتغيرات".

وأجيزت بتاريخ: 26/ 6 / 2010

أعضاء لجنة المناقشة:		التوقيع
الدكتور فتحي عبد الرحمن جروان	(رئيسا)	....
الأستاذ الدكتور أحمد أحمد عواد	(عضواً ومشرفاً)	....
الأستاذ الدكتور سعيد رشيد الأعظمي	(عضواً)	....
الدكتور ابراهيم عبدالله الزريقات	(عضواً)	....

شكر و تقدير

الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه وله الحمد والشكر على نعمه التي لا تعد ولاتحصى وبعد، الحمد لله الذي ألهمني الطموح وسدد خطاي.
وأتقدم بجزيل الشكر والعرفان للأستاذ الدكتور أحمد أحمد عواد الذي أشرف على هذا العمل ولم يبخل بجهد ونصيحة وكان مثالا للعالم المتواضع، وكان عونا لي في كل خطوة لإتمام هذه الأطروحة. كما أشكر الأستاذ الدكتور عبد الحليم الزعبي الذي أنار لي الطريق وأبدى الكثير من الجهد والنصح حول المعالجة الاحصائية. كما أشكر الأساتذه الكرام رئيس وأعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الأطروحة.

ولا يفوتني أن أشكر معالي الدكتور حنيف حسن وزير التربية والتعليم السابق وزير الصحة بدولة الامارات العربية المتحدة الذي شجعني على إتمام هذا العمل، وكذلك الأخوة والأخوات من دولة الامارات العربية المتحدة الذين كانوا لي خير عون لإتمام هذا الإنجاز وأخص بالذكر: الدكتورة عائشة الجلاهمة عميدة التربية الخاصة في الميدان التربوي بوزارة التربية والتعليم والدكتورة فاطمة العتيبة ، وكذلك القيادة الشابة لإدارة التربية الخاصة الأستاذة نوره المري جزاها الله كل خير وأعانها فيما هي ماضية فيه، وزملائي وزميلاتي موجهي التربية الخاصة في جميع المناطق التعليمية وكل من أسهم في إنجاز الأطروحة.

الإهداء

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار .. إلى من علمني العطاء بدون انتظار .. إلى من أحمل أسمه بكل افتخار .. أرجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثماراً قد حان قطافها بعد طول انتظار وستبقى كلماتك نجوما أهتدي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد ..إليك والدي العزيز

إلى بسمة الحياة وسر الوجود

إلى من كان دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب أمي الحبيبة

إلى رفيقة دربي ... إلى من وقفت بجانبي في أصعب الأوقات ومعها تخطيت كل المحن .. إلى من تطلعت لنجاحي بنظرات الأمل .. إلى زوجتي الغالية تغريد

إلى أزهار حياتي : أحمد ، رهف، رغد و الغالية ريناد.

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى أطفال المرحلة الابتدائية بدولة الإمارات العربية المتحدة في ضوء بعض المتغيرات

إعداد
مؤيد عبد الهادي حميدي
إشراف
الأستاذ الدكتور أحمد أحمد عواد

(الملخص)

هدفت الدراسة الحالية إلى تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية بدولة الإمارات العربية المتحدة في ضوء متغيرات الجنس والصف المدرسي والموقع الجغرافي، وتم اختيار عينة عشوائية طبقية تمثل مجتمع الدراسة، وذلك بواقع مدرستين من كل منطقة تعليمية (مدرسة للذكور ومدرسة للإناث) من مناطق دبى، رأس الخيمة، عجمان، الغربية، أم القيوين، الشارقة، والفجيرة، وبالنسبة للمناطق التعليمية ذات الكثافة السكانية المرتفعة فقد تم اختيار مدرستين للذكور ومدرستين للإناث من مناطق العين، أبوظبى، ومكتب الشارقة، وذلك بالنسبة للصفوف من الأول وحتى الخامس الأساسي. وبلغت عينة الدراسة في صورتها النهائية (ن= 3078) طالبا وطالبة، وتمثل العينة ما نسبته (3.4%) من مجتمع الدراسة البالغ (ن= 90294)

واستخدمت الدراسة مقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (تعريب الباحث) والمستمدة فقراته من معايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الرابعة المعدلة الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي. ويتكون من (18) فقرة لتشخيص نمط قصور الانتباه ونمط الاندفاعية–الحركة الزائدة والنمط المختلط(ADHD)، وقد قام الباحث بعد تعريب المقياس بالتحقق من معاملات صدقه وثباته. وقد أسفر التحليل الإحصائي للبيانات عن النتائج التالية:

تبين أن النمط السائد بين أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية بدولة الإمارات العربية المتحدة هو نمط قصور الانتباه والذي سجل نسبة عامة قدرت ب (8.3%) ، يليه النمط المختلط بنسبة (5.2%) وأخيرا نمط الحركة الزائدة- الاندفاعية بنسبة (4.7%).

وبالنسبة لانتشار الاضطراب لدى الطلبة باختلاف المناطق التعليمية أشارت النتائج الى أن الطلبة في جميع المناطق لديهم قصور انتباه والاندفاعية والحركة الزائدة والنمط المختلط ولكن بنسب شيوع متفاوتة، وبالنسبة لشيوع الاضطراب لدى الطلبة باختلاف الصف الدراسي أشارت النتائج الى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في نسبة شيوع أنماط الاضطراب تعزى إلى الصف الدراسي.

كما أشارت النتائج الى وجود فروق في نسبة انتشار الاضطراب فيما بين الذكور والإناث في النمط المختلط، حيث بلغت نسبة الانتشار لدى الذكور (6.8%)، في حين بلغت لدى الإناث (3.6%)، وقد تفاوتت النسب بين الذكور والإناث في النمطين الآخرين.

كما وجدت علاقة ارتباطيه موجبة فيما بين الأنماط الثلاثة للاضطراب بالنسبة لطلبة العينة الكلية.

Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Elementary School Children in United Arab Emirates according to Some Variables.

Prepared by: Moayyad Abdul Hadi Homidi

Supervised by: Prof. Ahmed Ahmed Awad

Abstract

The study aimed to diagnose Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among elementary school children in United Arab Emirates according to: sex, grade and geographical area.

A total of (3078) male and female students who were selected through stratified random sampling participated in the study. The participants were selected by having teachers complete the (ADHD-IV Scale) that has been translated into Arabic and modified by the researcher. The scale consisted of (18) items including all of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM- IV) criteria to diagnose the three subtypes of (ADHD) based on two dimensions with three types : a. predominantly inattentive type, b. predominantly hyperactive/impulsive type, and c. combined type. The modified scale was examined for reliability and consistency in UAE students' community. The study results found that the inattentive subtype is the most prevalent with a prevalence rate of (8.3%), while the results revealed the rates of (5.2%),

(4.7%) occurring in the combined and hyperactive-impulsive subtypes, respectively. Significant differences were found among the geographical areas with different prevalence rates, while there were no significant differences due to the grades of the students.

Significant differences were also noted due to gender; the statistical analysis revealed a higher prevalence rate for boys than for girls in the combined subtype of ADHD; with the rates of (6.8%), (3.6%) for boys and girls, respectively.

Finally a positive correlation relationship was found among the three subtypes of ADHD for the total sample.

الفصل الأول

خلفية الدراسة

الفصل الأول

خلفية الدراسة

مقدمة:

يعتبـــر اضـــطراب قـــصور الانتبـــاه والحركـــة الزائـــدة (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) من أكثر الاضطرابات السلوكية انتشارا بين الأطفال، وتقدر نسبة انتشاره لدى الطلبة في عمر المدرسة بين (2–18%) وفي حال تشخيصه يـــصنف صاحبه من ذوي الاحتياجات الخاصة ويستوجب تقديم خدمات التربية الخاصة المناســـبة لـــه. ويتسم بالأعراض الرئيسة التالية : قصور الانتباه والحركة الزائدة والاندفاعية.

وتبدأ أعراض اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD)بالظهور قبل سن السابعة، وغالبا ما تصبح بارزة خلال أول سنتين مدرسيتين، حيث تبدأ الأعراض بالظهور في مرحلة الطّفولة المتوسطة بأخذ شكل جديد وهو شكل سلوكيّ. إلاّ إنه من الصعوبة بمكان تحديد فيما إذا كان يعاني من اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة قبل التحاقه بالمدرسة؛ نظـــرا لنشاط الطفل الاعتيادي والفطري خلال هذه المرحلة، ومعظم وقته يقضيه في اللّعـــب الّـــذي لا يتطلّب تركيز الانتباه. أمّا عند التحاق الطّفل بالمدرسة فإنّ الأمر يختلف؛ إذ إنّ البيئة المدرسيّة تتطلّب من الطّفل القيام بمهام وأنشطة تحتاج إلى الاستقرار والنّظام وتركيز الانتباه، من مثـــل الوقوف في الطّابور، والانتباه للمعلّم، ومشاركة أقرانه باللّعب وغير ذلك من الأنشطة. لذلك نجد من السّهل اكتشاف هذا الاضطّراب من قبل المعلّم.

ويعاني الطلبة ذوو اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) صعوبات جمة، أبرزها صعوبة التركيز وقصور الانتباه ، والاندفاعية مما يشكل خطراً حقيقياًعلى مسيرة تحصيلهم الأكاديمي. وتظهر خطورة الاضطراب في عدم الوعي بمظاهره وأعراضه مما يحرم الطفل غالبا من حقه بتوفير البرامج التربوية والعلاجية المناسبة وإجــراءات التــدخل المبكــر اللازمة.

وبالرغم من تزايد الاهتمام بهذه الظاهرة في المجتمعات الغربية والقيام بتسليط الضوء على أعراض هذا الاضطراب ومظاهره وطرق تشخيصه وعلاجه إلا أن الصورة تبدو قاتمــة فــي البيئة العربية بوجه عام ودولة الإمارات العربية المتحدة بوجه خاص، والتي باتت تقتصر على ندرة من البحوث والدراسات السابقة (في حدود علم الباحث) والتي تركز في غالبها على بناء برامج تدريبية لخفض هذه السلوكات والمظاهر، وواقع الحال أن فئة الطلبة الذين يعانون من هذا الاضطراب فئة مهمشة لم تلق أدنى حقوقها بالكشف والتشخيص وتحديد نسبة الانتشار وبالتإلى حرمانها من برامج التدخل المبكر المناسبة. وذلك بإقرار من ذوي الاختصاص في وزارة التربية والتعليم بدولة الإمارات.

و يعد اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) من أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى الأطفال (Barkley, 2006). وبالرغم من تفاوت نسب الانتشار لهذا الاضطراب في أدبيات التربية الخاصة إلا أن هناك اتفاقاً على تزايد نسبة الانتشار بصورة تدريجية.

وتقدر نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى الطلبــة فــي عمر المدرسة بــين(2−18%) (Rowland, Lesesne & Abramowitz, 2002). كمــا يصيب اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (3−5%) من المجتمع الأمريكي ويعتقد أنه

يؤثر على (5–7%) من طلبة المدارس في حين تبلغ النسبة حوإلى (5%) من طلبة المدارس في بريطانيا (Cooper & O'Regan,2001) .

كما وجد بليس وويلسون ومارتين وهالسمير (Place, Wilson, Martin & Hulsmier, 2000)أن ما نسبته (70%) من طلبة المدارس الخاصة المصابين باضطرابات انفعالية وسلوكية ينطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة. وتقدر نسبة انتشار هذا الاضطّراب في بعض دول الوطن العربي، كما ذكرها (الحامد، 2002) في المملكة العربيّة السّعوديّة (13%) ، وفي مصر (6.2 %). كما تتباين نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بين الأطفال حيث يقدر في بعض الدراسات ما بين (3% : 5%) عند الأطفال في سنوات المدرسة الابتدائية ، وأن التشخيص المبكر لهؤلاء الأطفال يتيح لهم الفرصة لاكتساب المهارات المدرسية ، أما البيانات الخاصة بمعدلات انتشار هذا الاضطراب في مرحلتي المراهقة والرشد فهي غير معروفة (الرشيدي ومنصور،2000).

ومن واقع الحال في الميدان التربوي جاءت فكرة هذه الدراسة للكشف والتعرف ومن ثم تحديد نسبة انتشار اضطراب قصورالانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة الحلقة الأولى بوزارة التربية والتعليم بدولة الإمارات العربية المتحدة والتي تضم عشر مناطق تعليمية لترفد المكتبة العربية بحقيقة انتشار هذا الاضطراب، وتسليط الضوء على ذوي الاضطراب كخطوة أساسية للمطالبة بحقوق هذه الفئة وضرورة تنظيم الجهود لتوفير البدائل التربوية والعلاجية المناسبة .

كما أنه في ظل عدم توفر الحد الأدنى من درجة الوعي باضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى الأوساط التربوية والوالدية . تسعى هذه الدراسة لتبرز نسبة إنتشار هذا الاضطراب لدى طلبة الحلقة الأولى (من الصف الأول وحتى الصف الخامس الأساسي)

بدولة الإمارات العربية المتحدة في ضوء متغيرات الجنس والصف الدراسي والموقع الجغرافي، وتحديد أكثر أنماط الاضطراب انتشارا لدى هؤلاء الطلبة لتكون جرساً يقرع أمام المسؤولين في وزارة التربية والتعليم بدولة الامارات العربية المتحدة، ونشر الوعي في هذا المجال والتشجيع على البحث والدراسة فيه . ناهيك عن أهمية هذه الدراسة بتوفير مقياس لتشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة من تعريب الباحث مع التحقق من صدق وثبات المقياس على عينة من الأطفال في دولة الإمارات العربية المتحدة .

مشكلة الدراسة :

إن الغرض من هذه الدراسة هو تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية بدولة الإمارات العربية المتحدة في ضوء متغيرات الجنس والصف المدرسي والموقع الجغرافي.

عناصر مشكلة الدراسة :

تحاول الدراسة الإجابة عن التساؤل الرئيس التالي:

هل تختلف أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) ونسبة انتشارها لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية بدولة الامارات العربية المتحدة باختلاف المنطقة التعليمية وجنس الطالب ومستوى صفه الدراسي؟

ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية بدولة الامارات العربية المتحدة؟

2. هل تختلف أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة باختلاف المنطقة التعليمية ؟

3. هل تختلف أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة باختلاف جنس الطالب ؟

4. هل تختلف أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة باختلاف الصف الدراسى ؟

5. هل توجد علاقة ارتباطية بين أنماط اضطراب قصور الانتباه و الحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة ؟.

أهمية الدراسة :

تبدو أهمية الدراسة واضحة من خلال إسهامها في إضافة معلومات جديدة كونها من الدراسات المسحية النادرة على مستوى دول الخليج العربي بشكل خاص والوطن العربي بشكل عام من حيث الموضوع (في حدود علم الباحث)، والتي من شأنها أن تسهم في زيادة الاهتمام بالطلبة ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة من خلال تشخيصهم ورصد نسبة الانتشار، ومدى اختلاف طبيعة الأعراض السلوكية لدى طلبة الحلقة الأولى بدولة الإمارات العربية المتحدة باختلاف جنس الطفل والصف الدراسي والموقع الجغرافي.

كما تسهم الدراسة في توفير إحصائيات رسمية لدى وزارة التربية والتعليم عن الطلبة ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وذلك بسبب ندرة أساليب التعرف والتشخيص، وقلة الوعي بهذا الاضطراب بالرغم من آثاره السلبية على النواحي التعليمية والاجتماعية والنفسية

لدى هؤلاء الطلبة، وبالتإلى تقوم هذه الدراسة بتزويد صناع القرار بالمعلومات البحثية والإحصائية اللازمة لاتخاذ القرارات التي من شأنها إنصاف هذه الفئة.

وتبدو أهمية الدراسة التطبيقية في توفير أداة قياس يمكن الرجوع إليها لتشخيص ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وبالتإلى إعداد البرامج التربوية والتعليمية الفردية، قبل وبعد استخدام الخيارات الدوائية والعلاجية المتوافرة. حيث أورد (الحميدي، 2007) أنه في دولة الإمارات العربية المتحدة يقوم الطبيب النفسي بتطبيق أحد المقاييس المترجمة (غالبا ما يكون قائمة رصد أجنبية أو مترجمة) وإصدار تشخيص طبي بناء على نتائج المقياس وملاحظاته الشخصية. وبالتإلى كان لا بد من إعداد مقياس موثوق به يتناسب والبيئة العربية بشكل عام والإماراتية بشكل خاص.

كما تسهم نتائج الدراسة في تقديم مجموعة من التوصيات التربوية للجهات المعنية بذوي الحاجات الخاصة مدعمة بأرقام إحصائية، من شأنها أن توجه مزيدا من الدعم والرعاية لذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في مدارس الحلقة الأولى بدولة الإمارات العربية المتحدة.

التعريفات الإجرائية :

يعرف اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة إجرائيا في الدراسة الحالية، حسب نمط الاضطراب السائد لدى الطالب: (نمط قصور الانتباه، أو نمط الحركة الزائدة–الاندفاعية، أو النمط المزدوج قصور الانتباه والحركة الزائدة) وفقاً لعلاماته التي يتم الحصول عليها من جراء تطبيق مقياس الدراسة، وذلك على النحو التإلى:

- نمط قصور الانتباه :

ظهور ستة أعراض أو أكثر من الأعراض الدالة على قصور الانتباه لمدة لا تقل عن ستة أشهر مما يسبب للفرد سوء تكيف من ناحية ولا تتفق مع مستواه النمائي من ناحية أخرى ويعبر عن هذا الاضطراب بالدرجة التي يحصل عليها الطالب وفقا لمقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة الذي سيقوم الباحث بإعداده، حيث يعتبر العرض موجودا إذا كان تقدير المعلم المعني بالإجابة عن المقياس (غالبا) أو (دائما) بناء على ملاحظته للطالب لفترة لا تقل عن ستة شهور

- نمط الحركة الزائدة–الاندفاعية :

ظهور ستة أعراض أو أكثر من الأعراض الدالة على الحركة الزائدة –الإندفاعية لمدة لا تقل عن ستة أشهر مما يسبب للفرد سوء تكيف من ناحية ولا تتفق مع مستواه النمائي من ناحية أخرى، ويعبر عن هذا الاضطراب بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في مقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة المستخدم في الدراسة.

- النمط المزدوج (قصور الانتباه والحركة الزائدة):

ظهور المحكات الواردة في نمط قصور الانتباه ونمط الحركة الزائدة–الإندفاعية على مدى ستة شهور سابقة، ويعبر عن هذا الاضطراب بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في مقياس اضطراب قصور الانتباه و الحركة الزائدة المستخدم في الدراسة.

طلبة المرحلة الابتدائية :

الطلبة الذكور والإناث المسجلون في الصفوف من الأول وحتى الخامس الأساسي في المدارس الحكومية التابعة لوزارة التربية والتعليم بدولة الإمارات العربية المتحدة للعام الدراسي 2009/2008 ، ويطلق عليهم في نظام وزارة التربية والتعليم بالامارات: طلبلة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي.

المناطق الجغرافية:

تشير إلى المناطق التعليمية الموزعة على إمارات الدولة وعددها عشر مناطق تعليمية.

محددات الدراسة :

- اقتصار عينة الدراسة على طلبة الصفوف من الأول وحتى الخامس الأساسي في المدارس الحكومية الذكور والإناث ، والموزعين على عشر مناطق تعليمية بدولة الإمارات العربية المتحدة وذلك خلال العام الدراسي 2009/2008 م.
- كما تتحدد الدراسة بمدى ملاءمة مقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لأفراد العينة وتحقيق الهدف الذي وضع من أجله، ومدى قبول معاملات الصدق والثبات الخاصة بالمقياس على عينة من طلبة الحلقة الأولى في دولة الامارات العربية المتحدة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

مقدمة:

يتناول الباحث في هذا الفصل الإطار النظري لدراسته ، حيث يناقش المفاهيم الأساسية التي تتضمن مفهوم اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ؛ ونسبة انتشار هذا الاضطراب ؛ وأعراضه ؛ وأسبابه ؛ والنظريات المفسرة له ؛ وتشخيصه ؛ وأساليب علاجه .

أولا : الإطار النظري

1. التطور التاريخي لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) :

كانت أول الاشارات التاريخية لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في قصيدة لطبيب ألماني يدعى هاينريش هوفمان (Heinrich Hoffman) حيث أشار فيها لطفل يدعى فيجيتي فيل (Fidgety Phil) لديه أعراض حركة زائدة ، وكان ذلك عام (1865) وتناولت قصيدته بعض الاضطرابات عند الأطفال ممن تعامل معـــهم خلال ممارسته لعمله كطبيـــب (Parkley, 2006). كما وتحدّث عن أعراضه طبيب بريطانيّ يدعى جورج ستيـــــــل (George Steal) في بداية القرن الماضي، حيث تعرض إلى مجموعة من السلوكات التي تظهر لدى الأطفال مثل قصور الانتباه والحركة الزائدة (Wender,2000).

ولعل بدايات القرن العشرين قد شهدت انطلاق المسمّيات الخاصّة بهذا الاضطّراب، وذلك قبل الاستقرار على المصطلح المتداول حالياً، ومن هذه المسمّيات التّلف الدّماغي البسيط (Minimal Brain Damage)، وقد كان يعتقد بأنّه في حالات الإصابة الدّماغيّة البسيطة خلال الولادة فإنّ الأعراض الأوليّة قد تتلاشى بسرعة، غير أنّها قد تعاود الظّهور عندما يبدأ الطّفل

تعليمه المدرسيّ، دالّة على وجود قصور ما. كما أنّ الأطفال الذين يظهرون سلوكات التّهيّج والاندفاعيّة، والحركة الزائدة، وعدم الاستقرار الوجداني، والسّلوكات العدوانيّة، فلا بدّ أنّه قد لحقت بهم إصابات دماغيّة.

وقد تمّت مراجعة مسمّى هذا الاضطّراب ومقاييسه التّشخيصيّة عدّة مرّات، حيث أنه في الدّليل التّشخيصيّ الإحصائيّ للاضطّرابات العقليّة الثالث (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder. (DSM-III)) تم اعتبار قصور الانتباه والاندفاعيّة عرضين رئيسين. وعليه فقد كان يشخّص الأطفال الذين تظهر لديهم هذه الأعراض على أنّهم مصابون باضطّراب قصور الانتباه (Attention Deficit Disorder-ADD) والّذين يظهر لديهم إضافة إلى العرضين السّابقين عرض الحركة الزائدة فكانوا يشخّصون على أنّهم مصابون باضطّراب قصور الانتباه المصحوب بالحركة الزائدة (ADHD) (ميركولينو وبور وبلوم،2003).

وأطلق علي هذا الاضطراب أسماء كثيرة منها إصابة الدماغ (Brain damage)؛ وصعوبات التعلم (learning disabilities) ؛ والحركة الزائدة (Hyperactivity) ؛ والتلف المخي البسيط (Minimal Brain Damage) ؛ والقصور في الانتباه (Attention deficit disorder) (سليمان،1997؛ عبد العزيز وعبدالرحمن وصبري، 2001).

وقد استمرّت الإضافات في زيادة فهم هذا الاضطّراب وكيفيّة التّعامل معه، ومن ذلك وضع العديد من المعايير التّشخيصيّة لهذا الاضطّراب وتظهر هذه المعايير جليّة في الدّليل التّشخيصيّ والإحصائيّ للاضطّرابات العقليّة الطّبعة الرّابعة لعام 1994م (DSM-IV)، حيث تمّ وضع عدد من الأعراض الخاصّة بضعف الانتباه، وأخرى خاصّة بالحركة الزائدة، واقترح

وجود ثلاثة أنماط لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة : الأول تسيطر فيه أعراض قصور الانتباه والثاني تسيطر فيه أعراض الحركة الزائدة–الاندفاعية ، أما الثالث فهو مشترك يجمع بين النمطين السابقين (Barkley,1997; APA,1994).

وقد أثار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى الأطفال اهتمام الآباء والباحثين علي اعتبار أن من يعانون من هذا الاضطراب يتسمون ببعض الصفات التي تحتاج إلى دراسة مثل الاندفاع والتسرع في إصدار الاستجابات ، وعدم القدرة علي التركيز والانتباه لفترة طويلة ، إلى جانب الحركة المستمرة ، بالإضافة إلى العديد من المشكلات السلوكية والأكاديمية الأمر الذي يجعل هؤلاء الأطفال لا يستطيعون إقامة علاقات طيبة مع والديهم وأقرانهم ومدرسيهم .

ويرى ديمارل ودينك وإرنسثاوزن (DeMarle, Denk, & Ernsthausen, 2003) أن اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة مشكلة عصبية سلوكية منتشرة بين الأطفال ، وتحتاج إلى التشخيص والعلاج بوساطة المتخصصين .

غير أن سليمان (1997) رأى أن اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ليس مرضا وإنما هو عرض ، وأن الأطفال الذين يعانون منه هم الذين يظهرون نشاطا حركيا مفرطا ، كما تبدو عليهم صعوبات في تركيز الانتباه ، ومظاهر من التهور والاندفاع ، ويوصفون بأنهم لا يمتلكون سوى مدى قصير من الانتباه ، ومندفعون ، ويفشلون في تتبع الأوامر التي تعطي لهم ، كما يفشلون في أداء الأعمال المعقدة ، ويتميزون بعدم النظام .

ويُرجع الرشيدي ومنصور (2000) اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة إلى إصابات الدماغ ومن خصائصه فرط النشاط الحركي ؛ والاندفاعية ؛ والتشتت ؛ والعدوانية ؛ ويكون مصحوبا بمدى قصير للانتباه.

2. مفهوم اضطراب قصور الإنتباه والحركة الزائدة:

ورد في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية الرابع (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association) أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط زائد ؛ وقصور في الانتباه ، ولكن مستوى هذا النشاط يختلف من طفل إلى آخر ، فقد تكون أعراض قصور الانتباه أشد من أعراض الحركة الزائدة لدي بعضهم ، وعلي النقيض من ذلك قد تكون أعراض الحركة الزائدة أشد من أعراض قصور الانتباه لدي البعض الآخر منهم ، وقد تتساوي شدة الأعراض لكل من قصور الانتباه والحركة الزائدة لدي أطفال آخرين منهم (American Psychiatric Association,1994).

وورد في الدّليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتّربية الخاصّة والتّأهيل (2001) ان اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة يشير إلى الصّعوبة في التّركيز والبقاء على المهمّة، ويصاحبه نشاط زائد؛ حيث يعرّف الحركة الزائدة على أنّه نشاط حركيّ غير هادف لا يتناسب مع الموقف أو المهمّة، ويسبب الإزعاج للآخرين، حيث يتضمن المعيار التّشخيصيّ لهذا الاضطّراب ما يلي:قصور الانتباه ، الاندفاعيّة والحركة الزائدة (مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخليجي، 2001).

ويعرف السرطاوي والقريوتي والقارسي (2002) اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بأنه حالة تتسم بأشكال متنوعة من السلوك الحركي غير المنضبط ، وغير المنظم ، ويظهر النشاط الحركي المفرط في العضلات الكبيرة عند الأطفال الصغار مما يجعلهم يبدون وكأنهم في حركة دائمة ، وأن لديهم صعوبة بالغة في البقاء جالسين .

ويرى جونز (Jones, 2002) أن هذا الاضطراب يظهر في مرحلة مبكرة من مراحل النمو ، حيث يظهر عادة في السنوات الخمس الأولي من عمر الطفل ، ويتسم بالخصائص التالية:

- فقدان المثابرة في النشاطات التي تستدعي اندماجا معرفيا .
- الميل إلى الانتقال من نشاط إلى آخر ، دون الانتهاء من أي منهما .
- النشاط المفرط ،غير المنظم وغير المرتب .

وتستمر أشكال هذا الاضطراب عادة أثناء سنوات المدرسة ، وقد تمتد إلى مراحل الرشد . ويضيف إليه عكاشة (2003) بان الأطفال المصابين بهذا الاضطراب أكثر عرضة للحوادث ، ويجدون أنفسهم في مشكلات مع أي نظام ما ؛ لتجاوزهم الدائم للقواعد ، نتيجة عدم انتباههم ، وعلاقاتهم مع البالغين تفتقد الحذر والتحفظ الطبيعي ، وغير محبوبين من الأطفال الآخرين ، ويعانون من خلل معرفي.

ويعرف اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بأنه : صعوبة الاحتفاظ بالانتباه أو بقائه لمدة قصيرة حيث يكون مدى الانتباه قصـــير (Short Attention Span) مع حركة مستمرة غير هادفة، حيث نجد أن الطفل ينتقل من موضوع أو مكان إلى أخر مع سرعة الاستجابة وعدم المقدرة على تأجيلها وكفها أو التحكم فيها (صالح والرويتع، 2002).

كما أن الطفل الذي يعاني من اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة يفشل في توجيه الانتباه نحو مثير معين لفترة مناسبة مع الاندفاعية والحركة الزائدة بدرجة تجعله موضع شكوى من المدرس والوالدين، ويصاحب هذا الاضطراب العناد والسلبية، وحب السيطرة، وتقلب المزاج، والإحباط السريع، وعدم النظام، ونقص الإنجاز الدراسي، وظهور علامات اضطراب عصبي مثل عدم توافق حركة العين مع حركة اليدين، وأحيانا نقص الذكاء لدى الطفل (أبوشهبة،2003؛ الببلاوي، 1990).

ويعرف كل من حافظ (2004) وجونز(Jones,2002) اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بأنه عدم تمتع الطفل بالاتزان والاستقرار الانفعإلى الذي يمكنه من التركيز علي المثيرات المعروضة ، والانتباه إليها ، وهو يشكل زملة من الأعراض النفسية تتمثل في المستوي المرتفع من النشاط الحركي ، وسرعة تشتت الانتباه ، وعدم القدرة علي ضبط النفس ، والاندفاعية ، والصعوبات التعليمية داخل الفصل المدرسي .

ويذكر النجار (2005) أن اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة يشير إلى اضطراب سلوكي يصاحبه بعض الأعراض التي تتمثل في صعوبة الانتباه لشيء محدد ، والتشتت بين المثيرات والمنبهات المحيطة به ، مع نشاط حركي زائد غير مبرر وبشكل غير مقبول ، مع صعوبة ضبط الذات ، أو التحكم في الاستجابات أو كفها بما يترتب عليه ضعف في الأداء الأكاديمي، وانخفاض في مستوى التوافق الذاتي والاجتماعي للطفل .

وبناء علي ما تقدم يمكن تعريف اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في الدراسة الحالية بأنه "اضطراب سلوكي يتسم بعدم القدرة علي تركيز الانتباه لمدة طويلة ، والحركة الزائدة ، وعدم القدرة علي ضبط النفس "الاندفاعية" ، إضافة إلى مجموعة من المظاهر الثانوية المصاحبة والمتلازمة مثل عدم الطاعة ، وضعف التحصيل الدراسي ، وعدم تحمل الإحباط ، والعدوانية وشرود الذهن ، وضعف تقدير الذات ، والقصور المعرفي، والسلوك الفوضوي ، وعدم الاتزان الانفعإلى ، بالإضافة إلى عدم القدرة علي إقامة علاقات طيبة مع الأقران والوالدين والمدرسين .

3. نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة

يعتبر اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة من أكثر أنواع الاضطرابات انتشارا بين الأطفال ، وهذا ما دلل عليه تقرير الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)والتي أشارت فيه

إلى أن نصف الأطفال المحالين إليها كانوا يعانون من هذا الاضطراب ، كما بينت نتائج الدراسات الحديثة في الطب النفسي أن (10%) من أطفال العالم مصابون بهذا الاضطراب(Greenson,2001;DSM-IV-TR,2000; Booth, Burman, Meyer, Zhang, Trommer, Nicholas & Mesulam, Booth, Meyer, Zhang, Barbara,2005;). غير أن أندرسن وماريان واريد(Anderson, Marianne, Arreed, 2000) وبيسكو وهوزينيك وكورتيس (Pisecco, Huzinec, & Curtis, 2001) ؛ وفيريب ودبيرنا(Vereb & Diperna,2004) توصلوا إلى أن نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال في عمر المدرسة تتراوح ما بين (3% : 7%) ، وأن نسبة (50%) من هؤلاء الأطفال تستمر معهم أعراض اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة إلى مرحلة المراهقة.

كما أورد معهد الصّحة الوطني (N.H.I) تقريراً يفيد بوجود ما نسبته (3−5%) من طلاّب المدارس مصابون بهذا الاضطّراب. أمّا نسبة الإصابة لدى الذّكور فهي تقريباً أربعة أضعاف نسبة إصابة الإناث، وقد أورد ويندر(Wender, 2000) أنّ نسبة هذه الحالة بين الذّكور والإناث هي: ستة للذّكور مقابل واحد للإناث.

أمّا نسبة انتشار هذا الاضطّراب بين المراهقين والرّاشدين فما تزال غير محدّدة تماماً. غير أنّه وبسبب الاعتقاد بأنّ الاضطّراب يبدأ دائماً في مرحلة الطّفولة، فإنّ دراسات التّاريخ التّطوّريّ وطبيعة اضطّراب قصور الانتباه والحركة الزائدة تقدّم دليلاً على أرجحيّة انتشاره لدى هاتين الفئتين، إذ يقدّر أنّ ما نسبته(50% − 70%) من الأطفال المصابين بهذا الاضطّراب تستمر لديهم الأعراض التّشخيصيّة عندما يصبحون في مرحلة المراهقة، وأنّ ما نسبته (8% − 33%) تستمر لديهم الأعراض إلى سن الرّشد. وهذا الأمر يجعلنا نفترض نسبة انتشار بمعدّل

(1.5% – 4%) لدى المراهقين، و (1% – 2%) لدى الرّاشدين (ميركولينو وآخرون، 2003).

وفي تفصيل أكثر للفروق بين الذكور والإناث ضمن هذا المجال يذكر كوبر و أوريغان (Cooper & O'Regan,2001) أن النسبة 4 للذكور مقابل 1 للإناث ضمن الفئة (الحركة الزائدة– اندفاعية)، في حين أن النسبة تكون متساوية بين الذكور والإناث ضمن الفئة الأولى من الاضطراب وهي فئة (قصورالانتباه).

وبالنسبة لانتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) فقد استدل عليها الباحث من خلال الرجوع إلى نتائج بعض الدراسات والبحوث السابقة في الميدان، حيث أشار (صالح،2002؛ الرشيدي ومنصور،2000) إلى تباين نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بين الأطفال حيث يقدر في بعض الدراسات ما بين(3% : 5%) عند الأطفال في سنوات المدرسة الابتدائية ، وأن التشخيص المبكر لهؤلاء الأطفال يتيح لهم الفرصة لاكتساب المهارات المدرسية ، أما البيانات الخاصة بمعدلات انتشار هذا الاضطراب في مرحلتي المراهقة والرشد فهي غير معروفة. كما أشار الحامد (2002) أن نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) في المملكة العربيّة السّعوديّة تصل إلى (13%)، وفي مصر تصل إلى (6.2%).

من العرض السابق يتضح تفاوت النسب في نتائج الدراسات التي أجريت على الطلبة ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة بهدف تحديد نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأفراد من فئات عمرية مختلفة، وأن هذا الاضطراب واسع الانتشار بنسب لا يستهان بها بين أطفال المدارس الابتدائية ، ومعظم الدراسات التي اهتمت بهذا الاضطراب اتفقت علي أهمية دراسة مشكلة اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، وخاصة أن (50%) من هؤلاء الأطفال ربما تستمر

معهم الأعراض إلى مرحلة المراهقة ، ومن هنا تتضح أهمية دراسة هذه المشكلة والعمل علي علاجها ، واتخاذ الإجراءات اللازمة لرعاية هؤلاء الأطفال. ولعل ندرة الدراسات العربية (في حدود علم الباحث) التي أجريت على هذا الاضطراب تؤكد أهمية الدراسة الحالية في التعرف على الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في صفوف المرحلة الابتدائية بدولة الامارات العربية المتحدة.

4. أعراض اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة

اهتم العديد من الباحثين بدراسة الأعراض الأساسية والثانوية المصاحبة لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة والتي يمكن ملاحظتها والحكم عليها بسهولة كما يلي :

أولا : الأعراض الأساسية :

- **قصور الانتباه : Attention Deficit**

تتباين مظاهر قصور الانتباه باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الطفل ، حيث إن مشكلة الانتباه تكمن في صعوبة الاحتفاظ به وإبقائه لمدة ولو قصيرة ، ويظهر هذا القصور في سهولة التشتت لأي مثير آخر ، وهذا القصور في الانتباه ينعكس علي أداء الطفل في المجال الأكاديمي والاجتماعي . ويتضح هذا القصور في نقص مقدرة الطفل علي الانتباه والإصغاء والتواصل مع المتحدث ، سواء أكان المعلم أم الوالدين ، وبالتإلى لا يستطيع إنجاز أو إكمال العمل المدرسي ، وإن أكمله لا يتوخي الدقة ، على الرغم من أن هذا الطفل قد يكون مصغيا لفترة لا بأس بها إلى التلفاز أو شريط الفيديو حيث لا يتطلب هذا منه زيادة التركيز أو الاستيعاب (حامد،2002).

وصنفت دراسة فيريب ودبيرنا (Vereb & Diperna,2004) ودراسة جاد الله (2003) أهم المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب قصور الانتباه

والحركة الزائدة ، والتي تمثلت في عدم القدرة علي تركيز الانتباه وتشتته ، حسب الصورة الإكلينيكية كما يلي :

أ- قلة فترة الانتباه : حيث لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه علي المنبه المثير أكثر من ثوان متتالية ، ثم يأخذ في التنقل من منبه إلى آخر .

ب- سهولة تشتت الانتباه : فالطفل المصاب بهذا الاضطراب يصعب عليه تركيز انتباهه علي مثير معين ، وتجاهل المنبهات الأخرى الموجودة في البيئة المحيطة، لذلك نراه يحول انتباهه من موضوع إلى آخر .

ج- ضعف القدرة علي الإنصات : حيث يبدو وكأنه لا يسمع ولا يستطيع فهم المعلومات المنقولة إليه كاملة ، وتكون ذاكرته بعيدة المدى مضطربة ، فلا تسمح له باسترجاع المعلومات التي يحتاجها عند ممارسة التفكير ، لذا فإن أخطاءه تكثر وقدرته علي التفكير تبدو ضعيفة .

ويرى الرشيدي و منصور (2000) أن اضطراب قصور الانتباه يظهر في مواقف أكاديمية، أو مهنية، أو اجتماعية، ويخفق الإفراد ذوو هذا الاضطراب في الانتباه الدقيق إلى التفاصيل ، أو ربما يأتون بأخطاء تنم عن الإهمال في العمل المدرسي أو غيره من المهام والأنشطة الأخرى ، وغالبا ما يؤدي هذا العمل أو النشاط بدون تفكير ، ومتسم بالفوضى والإهمال .

ويشير النجار (2005) إلى أن سلوك قصور الانتباه ينتقل إلى داخل الفصل الدراسي فيتصف سلوك الطفل ذوي هذا الاضطراب داخل الفصل بالفوضوية ، وعدم النظام ؛ وارتكاب الأخطاء ، وعدم أداء الواجبات المطلوبة منه ، فيجلس على مقعده وكأن أحدا ما قد سلب منه عقله ، فتجده لا يسمع ولا يتكلم، شارد الذهن مشغول التفكير ، وعندما يطلب منه أن يعيد ما تحدث به المدرس ستجده وقد وقف مندهشا متعجباً ، وفي المنزل نجد هؤلاء الأطفال علاقاتهم

سيئة مع الوالدين نتيجة عدم انتباههم لتعليماتهم ، الأمر الذي يفسر من قبل الوالدين بأنه تمرد أو رفض، مما ينتج عنه سوء فهم من قبل كل طرف للآخر.

- **الحركة الزائدة : Hyperactivity**

تُعد الحركة الزائدة نشاطاً جسمياً وحركياً حاداً ومستمراً وطويل الأمد ، وهي من أكثر الأنماط السلوكية وضوحا لدى الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة ، حيث يوصفون بأن لديهم نشاطا وحركة زائدة ، وهذه الحركة الزائدة ليس لها هدف ، فقد نري الطفل لا يستقر في مقعده ، وإذا جلس واستقر فإنه يكثر من التململ والتلوي واللعب بملابسه ، والانشغال بالأدوات التي تقع في متناول يده ، ويأتي بحركات مزعجة للآخرين ، كتحريك الكرسي ؛ وضرب الأرض بقدمه ؛ والطرق علي مقعده ، وقد تصدر منه سلوكات غير مقبولة . وغالبا ما يكون هذا النشاط مصاحباً لحالات إصابات الدماغ ، أو يكون لأسباب نفسية ، ويظهر هذا السلوك غالبا في سن الرابعة حتى سن الخامسة عشرة (APA,2000; Tsal et al.,2005; Booth et al.,2005 ؛ صالح والرويتع،2002).

وتتمثل أعراض الحركة الزائدة حسب الصورة الإكلينيكية فيما يلي :

أ- كثرة الكلام والثرثرة .

ب- فوضوية الطبع

ج- ظهور علامات الضجر

د- الافتقار إلى القدرة علي ضبط السلوك

ه- القفز أو التأرجح عند الانتقال من مكان إلى آخر .

(حامد،2002 ؛ Joanne & Kathleen,2004).

- **الاندفاعية : Impulsivity**

الاندفاعية هي نمط سلوكي يتضمن سرعة الاستجابة ، وعدم القدرة علي التحكم بالذات ، وضبط السلوك ، والاندفاع في السلوك ؛ واتخاذ القرارات دون تفكير ، وتظهر الاندفاعية في عدم الصبر، والصعوبة في إرجاء الاستجابة، والتعجل بالإجابة قبل أن يكتمل السؤال ، ومقاطعة الآخرين والتطفل عليهم باستمرار إلى حد إحداث صعوبات أو مشكلات في المواقف الاجتماعية ؛ أو الأكاديمية ؛ أو المهنية ، كما أنهم يتميزون بالإخفاق في الإصغاء إلى التعليمات والتوجيهات (الرشيدي ومنصور، 2000 ؛ سيسالم،2001).

ويصف الزراد (2002) سلوك الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بالاندفاع وعدم التبصر والافتقار إلى الصبر والتحمل ، وخاصة تحمل حالات الإحباط مهما كانت بسيطة وتكون ردود أفعالهم سريعة ، والتحدث بطريقة تفتقر إلى التسلسل المنطقي ، حيث تختلط الألفاظ لديهم بسبب السرعة ، ولا يستغرقون وقتا كافيا لفهم المشكلة المطروحة أمامهم ، وتظهر عليهم أعراض الضجر والملل والشكوى ، وهذا ما أكده كل من كانتويل وبيكر(Cantwell & Baker,1999) علي أن هؤلاء الأطفال لديهم معدلات متزايدة من الاندفاعية والتشويش في تصرفاتهم .

وتتمثل أعراض الاندفاعية حسب الصورة الإكلينيكية فيما يلي :

أ- يتصرف بدون تفكير .

ب- ينتقل من نشاط إلى آخر .

ج- صعوبة تنظيم اللعب ؛ أو أدوات العمل .

د- صعوبة انتظار دوره في اللعب .

هـ- الاندفاع في الكلام بدون تفكير .

و- مقاطعة الآخرين .

كما عرض (الزارع، 2007) نقلا عن كوفمان (Kauffman, 2005) وهالاهان وكوفمان (Hallahan& Kauffman, 2006) عدداً من الخصائص والسّمات المّميّزة للأطفال المصابين بهذا الاضطّراب منها:

- صعوبات الانتباه، والميل الواضح للتّشتّت: يعاني الطّفل المصاب بهذا الاضطّراب من ضعف في القدرة على الانتباه بشكل عام وعلى وجه الخصوص فإنّه يعاني من: قصور في قدرته على تركيز انتباهه نحو مثير معيّن لفترة طويلة. كما ويواجه الطّفل صعوبة في توجيه انتباهه نحو مثير محدّد. وكذلك كثرة الحركة البدنيّة غير الهادفة؛ لذلك فقد نجده يتحرّك ويتنقّل من مقعده إلى أماكن أخرى داخل الفصل لأكثر من مرّة في الحصّة أو حتّى في الأماكن الأخرى وانشغاله بأدوات الدّراسة من مثل القلم والمبراة والممحاة وتحريك الأرجل ولويها بشكل مستمر، وتحريك الكرسي لأكثر من مرّة، كما يقوم بسلوكات مرفوضة اجتماعيّاً والتي تخالف النّظام المعمول به. إضافة إلى أنه قد يقوم بسلوكات عدوانيّة تجاه الآخرين وإساءة في التّصرّف وقصور في تكوين الصّداقات مع الآخرين أو المحافظة على العلاقات في حال أقيمت، كما أنه قد يتحرّك الطفل غير عابئ بالنّتائج المترتّبة على حركته، ويبدو سريع الملل والضّجر ممّا يجعله لا يثبت في مكان،أو في إنجاز مهمّة ما، أو في التّعامل مع لعبة ما، فهو سرعان ما يقوم بكسر اللّعبة، تخريبها ممّا يجعله يتّصف بتدني القدرات على التّخطيط السّليم.

كما أوضحت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2000) أن هناك ثلاثة أعراض رئيسة لاضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة (ADHD) وهي:

1-أعراض ترتبط بقصور الانتباه(Attention Deficit).

2–أعراض ترتبط بالحركة الزائدة(Hyperactivity).

3–أعراض ترتبط بالاندفاعية(Impulsivity).

وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الرابعة (DSM IV) والصادرة عن الجمعية الأمريكية للأمراض النفسية ثماني عشرة سمة لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة، ونظرا لاعتماد الباحث في أداة الدراسة على ما ورد في هذا الدليل يفصل الباحث فيما يلي هده السمات والخصائص ويتبعها شروط استكمال المعايير التشخيصية:

قصور الانتباه (Attention Deficit) :

- ضعف الانتباه المركز للتفاصيل وظهور أخطاء ومشكلات كثيرة في الأعمال المدرسية (الواجبات ، الأنشطة وغيرها) أو غير ذلك من النشاطات التي يمارسها .
- صعوبة في بقاء الانتباه لمدة طويلة في المهام وأنشطة اللعب .
- صعوبة في الإنصات لذلك يبدو وكأنه لا يستمع إلى الحديث الموجه إليه.
- لا يتبع التعليمات الخاصة بالمهام الموكلة إليه وبالتالى يفشل في إنهاء المهام والأعمال المدرسية أو الواجبات داخل بيئة العمل (الذي لا تعود أسبابها إلى السلوك غير السوي أو الفشل في فهم التعليمات).
- صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة .
- يتجنب ويتلاشى ويبدي كرهه وتردده في المشاركة في المهام التي تتطلب جهداً عقلياً متواصلاً (مثل العمل المدرسي أو الواجبات الدراسية في المنزل).
- يفقد وينسى الأشياء اللازمة لإتمام المهام المدرسية مثل الأقلام ، الكتب ، الممحاة ، الأدوات وما إلى ذلك.
- يتشتت انتباهه لجميع المثيرات القوي منها والضعيف.

- ينسى الأنشطة إليومية التي اعتاد على أدائها بشكل متكرر.

الحركة الزائدة (Hyperactivity) :

- يتعامل بيديه و قدميه مع الآخرين بشكل كبير أو يتشاجر مع الآخرين أثناء جلوسه في المقعد .
- كثيراً ما يترك المقعد في غرفة الصف أو في الأماكن الأخرى .
- يتسلق ويركض بشكل مفرط في المواقف التي لا تتناسب وهذا السلوك .
- يجد صعوبة في اللعب أو المشاركة بهدوء في أنشطة التسلية وأوقات اللعب .
- كثيراً ما يتصرف وكأنه يستثار من خلال جهازه الحركي .
- كثيراً ما يتحدث بشكل مفرط .

الاندفاعية (Impulsivity) :

- كثيراً ما يعطي إجابات قبل طرح أو إكمال السؤال .
- كثيراً ما يواجه صعوبة في انتظار دوره .
- كثيراً ما يقاطع أو يعتدي على الآخرين أثناء تبادل الأحاديث أو اللعب .

وبناء علي خبرة الباحث الحالى في العمل الميداني في مجال التربية الخاصة وملاحظة وتقييم الطلبة الذين يعانون من هذا الاضطراب فإنه يري أن المشكلة لا تنحصر في نقص معرفة ما يفعلونه ، وإنما في عدم قدرتهم علي التأني والتفكير قبل الفعل أو الإجابة ، لأنهم متسرعون واندفاعيون ، وسلوكهم في غالبية الأحيان صادر دون تفكير ، كما إنهم لا يستفيدون من أخطائهم السابقة ويكررون نفس الأخطاء ، كما أن سلوكهم يتسم بسرعة الاستثارة والتهيج ، والطفل منهم دائم الاعتداء علي الغير ، وعندما يُدرك خطأه يذهب للاعتذار عما بدر منه ، وغالبا نشاطهم غير مرتب ، ومتسم بالفوضى ، ويُؤدَي بإهمال ، وعموما يجدون صعوبة

في المثابرة في أداء المهام والأنشطة حتى استكمالها والانتهاء منها ، ولكن الجدير بالذكر أن معظم الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة يواجهون صعوبات تعليمية نتيجة قصور الانتباه .

ثانيا :- الأعراض الثانوية :

إن الأعراض الأساسية تسبب الكثير من الأعراض أو المشاكل الثانوية المصاحبة لهذا الاضطراب ومنها :

- **ضعف التحصيل الأكاديمي: Poor Academic Achievement**

توصلت العديد من الدراسات ومنها دراسة كل من (الزراد،2002 ؛ Tsal etal ,2005; Booth et al., 2005) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة تحصيلهم الأكاديمي أقل من مستوى تحصيل أقرانهم العاديين ، ولا يستطيعون الاحتفاظ بالمعلومات وتخزينها في الذاكرة لفترة قصيرة من الزمن ، وحتى استرجاعها وقت الحاجة ، لذلك نجد أن تحصيل الطفل الأكاديمي غالبا ما يكون ضعيفا ، نتيجة قصور الذاكرة قصيرة المدى(Short memory span) ، لذا نجده يحتاج إلى تكرار المعلومات حتى يستطيع الاحتفاظ بها .

ويذكر عواد (2009) أن قصور الانتباه يبدو واضحا لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم من خلال عدم القدرة على اتمام الواجب المكلف به، وتشتت الانتباه والخمول والكسل في بعض الأحيان، وعدم الرغبة في التعلم، وشرود الذهن، وقلة مشاركته زملائه في الأنشطة الجماعية والمناقشات، أو عدم القدرة على متابعة المعلم أثناء الشرح، وصعوبة فهم التعليمات التي توجه له، وأن ما نسبته(25%-40%)من الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم قصور في الانتباه.

كما توصل كل من (Edward ,2008 ؛ عبد المعطي،2003) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة يعانون من صعوبات في التعلم ، وتدني التحصيل الأكاديمي ، وضعف القدرة علي فهم المعلومات سواء أكانت شفوية أو مكتوبة ، وسهولة تشتت انتباهه بين المنبهات الدخيلة البعيدة عن المنبه الرئيس في العملية التعليمية ، كما أنهم لا يركزون في الفصل ، ولا ينتبهون إلى شرح المدرس ، ولا يستطيعون إكمال الواجبات المدرسية ، لأن معظمهم لديه نقص في المهارات المعرفية بسبب شرود الذهن ونقص التركيز ، وكذلك يجدون صعوبة في التعامل مع الرموز والاختصارات ، واستيعاب معاني المفاهيم المركبة ، وهذا بسبب قصور انتباههم.

ويؤكد هذه النتيجة ديفيد وسيجال (Dived & Sigel, 2006) أن من (40% : 50%) من الأطفال ذوى صعوبات التعلم يعانون من اضطراب في الانتباه والحركة الزائدة ، وهذا يؤثر على معظم العمليات المعرفية الأخرى لديهم كالإدراك والذاكرة والتفكير واللغة الشفوية وبالتالي ضعف التحصيل الأكاديمي.

كما أن ميركوليني وبور و بلوم (2003) توصلا إلى أن (25%) أو ما يزيد من الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة يعانون من صعوبات تعليمية. وكذلك توصل سمايكر وهديات (Smucker & Hedayat 2001) أن (20–30%) من هؤلاء الأطفال لديهم صعوبات تعلم .

– **ضعف العلاقة بالآخرين : Poor Relationship with other**

يسبب الأطفال ذوو اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة الضيق لمن حولهم ، ولا يستطيعون تكوين صداقات مع الأقران ، ويعرف النجار (2005) و جون وكاثلين (Joann& Kathleen, 2004) الطفل ذا اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بأنه هو الطفل الذي

يعاني من اضطرب سلوكي حركي، بحيث يظهر سلوكات وحركات ونشاطاً حركياً بشكل لا يتفق مع الموقف ، وينعكس ذلك علي توافقه النفسي والاجتماعي .

ويُرجع كثير من الباحثين (سيسالم،2001 ؛ جاد الله،2003 ؛ ابراهيم،1999؛ أحمد و بدر،1999) ذلك إلى أن سلوك هؤلاء الأطفال غير ملائم وغير مقبول ، بالإضافة إلى أنهم لا يتبعون قواعد اللعب ؛ ورغبتهم الملحة في أن يكونوا هم أول من يلعبون ، أو يفرضوا أنفسهم على الأقران أثناء اللعب ، ولذا يُواجهون بالنفور والتأفف من الآخرين ؛ وعدم الرغبة في التعامل معهم ؛ وإقامة علاقة صداقة معهم ، بالإضافة إلى اضطراب علاقاتهم مع آبائهم مما يؤدي إلى عزلتهم الاجتماعية ، ولذلك فأنهم يشعرون بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب .

– ضعف تقدير الذات : Low Self Esteem

الصعوبات والمشاكل النفسية والانفعالية ؛ والخبرات الفاشلة ؛ والتعامل السلبي مع الأقران والمحيطين به ؛ والنقد اللاذع الذي يتعرض له الطفل ذو اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، كل ذلك يؤدي إلى ضعف تقديره لذاته ؛ وفقدان ثقته بنفسه ؛ وعدم الرضا عن ذاته (سيسالم،2001 ؛ وزابل، 1999).

ـ السلوك العدواني : Aggressive Behavior

يري الباحث الحالى أن الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة غالبا ما يظهرون السلوك العدواني عندما يتعرضون إلى مواقف محبطة أو عندما يتعرضون إلى الإيذاء الانفعإلى ، فالسلوك العدواني كعرض ثانوي لدى هؤلاء الأطفال نتيجة عدم التفكير في عواقب استجاباتهم ؛ ولا يبالون بما سيحدث لهم وللآخرين .

ولاحظ الباحث خلال الاستطلاع الذي أجراه مع هذه الفئة بأنهم يغلب عليهم العدوانية ؛ والتهيج ؛ والعناد ؛ وهذه السلوكات تجعل الآخرين يتجنبوهم بعدم التفاعل معهم ، ويؤدي هذا التجنب من قبل الآخرين إلى زيادة اضطرابهم السلوكي سوءاً .

– **عدم الطاعة (التمرد والعصيان) : Noncompliance Disobedience**

الأطفال ذوو اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لا يقبلون القيد ولا يمتثلون للأوامر ، ودائما ما يظهرون عدم الطاعة ، وهذا الطفل لا يطيع الوالدين في المنزل ؛ ولا المعلمين في المدرسة ، وهذا العرض هو الذي يجعل الوالدين يلجؤون إلى المتخصصين.

ويضيف بعض الباحثين (Lane, Gresham, & Macmillan, 2003؛ الرشيدي و منصور، 2000) إلى هذه الأعراض الثانوية ثورات الغضب الشديدة ؛ والتسرب الدراسي ؛ والعناد ؛ والمزاج غير المستقر ؛ والتشويش ؛ والكآبة .

تعقيب :

من خلال العرض السابق لأعراض اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة سواء الأساسية أو الثانوية منها، تبرز المشكلة ، ويرى الباحث الحإلى أن الأعراض جميعها هامة لفهم طبيعة هذا الاضطراب ، وتساعد في تطوير مقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة يمكن استخدامه في الدراسة الحالية ويلائم الأطفال في البيئة العربية .

5 . أسباب اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة :

قدمت العديد من الدراسات والبحوث العديد من العوامل والأسباب الكامنة وراء اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، ومن هذه الأسباب ما يلي :

أولا : العوامل الوراثية :

أشارت نتائج الدراسات (Booth et al., 2005 ؛ سالم 2001 ؛ عدس 2000 ؛ الزراد 2002) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لديهم أخطاء كثيرة ؛ ورد فعل بطئ ؛ ونقص في الاستجابة والانتباه عن الأطفال العاديين لوجود اختلاف في المورثات سواء بالزيادة أو بالنقص ، غير أن كاتشروأمان وبروكس وبوتيلار وفان وجرينهيل و هوس وكوسوماكر وتايانو(Kutcher, Aman, Brooks, Buitelaar, Van, Greenhill, Huss, Kusumakar & Tyano, 2004) توصلوا إلى أن اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة هو مرض عصبي ذو مكونات وراثية .

وأشار (عبد العزيز وآخرون ،2001 ؛ صالح،2002 ؛ عبد المعطي ،2003) إلى أن ما نسبته (10%) من آباء الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة كانوا هم أيضا ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في طفولتهم ، وقد زادت نسبة انتشارالاضطراب بين الأقارب من الدرجة الأولي بنسبة عالية ، وذلك من خلال الدراسات التي أجريت على التوأم والأخوة.

ثانيا: العوامل العصبية وتشمل تلف الدماغ Brain Dysfunction Factors

هناك اعتقاد بأن اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ناتجة عن إصابة مخية طفيفة ، حيث يُظهر الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب علامات عصبية توحي بوجود إصابة مخية ، لأن نقص نضج المخ يؤدي إلى انخفاض في النشاط المخي وبخاصة في الفص الأمامي للمخ المرتبط بالسلوك والانتباه ، وأيد هذا الاعتقاد التقرير الذي نُشِرَ عن المعهد القومي للصحة بالولايات المتحدة الامريكية National Institute of Health (NIH) بشأن صغر حجم القطاع الأمامي الأيمن من الدماغ ، وعدم التناسق في نشاط الكتلة العصبية لدى الأطفال

الذين يعانون من هذا الاضطراب مقارنة بالأطفال العاديين ، بالإضافة إلى أن الجزء الأيمن من المخ عند الأطفال العاديين يبدو أكبر من الجزء الأيسر ، وأن هذا التناسق لا يظهر لدي الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (Lane et al., 2003 ؛ الدسوقي،2006).

ويري أصحاب النظريات الجينية أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لديهم معدل منخفض لنشاط مراكز في المخ مسئولة عن التحكم الحركي والانتباه ، وتفترض هذه النظرية وجود اختلال في بعض الناقلات الكيميائية العصبية بالمخ (Neuro-chemica transmitters) مثل السيروتونين (Serotonin) ؛ والدوبامين Dopamine ؛ والنورابنفرين Noreinephrine ، ونقص إفراز هذه المواد يؤدي إلى حدوث الاضطراب ، ودليل علي ذلك أن تعاطي الأدوية المنشطة للانتباه تساعد علي زيادة إفراز المواد السابقة مما يؤدي إلى زيادة إفراز هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية والذي يعمل علي كبح جماح السلوك (Smucker, & Hedayat, 2001 ؛ الدسوقي،2006 ؛ عبد العزيز وآخرون،2001) .

ثالثا: العوامل البيئية Environmental Factors

هناك العديد من العوامل البيئية التي تؤثر في مستوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى الطفل منذ لحظة الإخصاب وما يليها من مراحل كما يلي :

أ- مرحلة الحمل :

تَعرُضْ الأم لأي عدوى ميكروبية أو فيروسية من الممكن أن تنتقل إلى الجنين عبر المشيمة ، مما يحدث اضطرابا في نموه مؤدية إلى إصابة المراكز العصبية في المخ المسئولة عن الانتباه خاصة الفص الجبهي المسئول عن الانتباه والحركة (Smucker, & Hedayat, 2001؛ الزراد، 2002).

غير أن نتائج الدراسة التي قام بها بن آمور وجريزينجو وشوارتز ولاجيكسو وجوبر (Ben Amor, Grizenko, Schwartz, Lageix & Joober, 2005) والتي توصلت إلى أن تعاطي الأم للكحول أو التدخين أثناء فترة الحمل يُعد من أهم الأسباب المساهمة في إصابة الطفل باضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بعكس أقرانه غير المصابين بهذا الاضطراب والذين لا تتعاطى أمهاتهم أثناء فترة الحمل الكحول أو التدخين .

ب- مرحلة الولادة :

هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة وتسبب إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه ، مثل ضغط الجفت علي رأس الجنين أثناء الولادة المتعسرة ، أو إصابة مخ الجنين أو جمجمته أثناء عملية الولادة ، أو التفاف الحبل السري أثناء عملية الولادة وتوقف وصول الأكسجين إلى مخ الجنين ، مما يؤدي إلى قصور قدرة المخ علي الانتباه والتحكم في السلوك ، وبالتإلى تحدث الإصابة بهذا الاضطراب (أحمد وبدر،1999).

ج- مرحلة ما بعد الولادة :

إصابة الطفل بعد الميلاد وفي سنوات الطفولة المبكرة في رأسه نتيجة الحوادث أو الارتطام أو الوقوع أو الضرب ... ، أو تعرض الطفل للإصابة بالحمى أو التشنجات ، أو التسمم كل هذا من الممكن أن يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية في المخ خاصة المسئولة عن الانتباه (عبد المعطي،2003).

رابعا : العوامل المتعلقة بالغذاء :

هناك بعض الأغذية التي تؤثر علي مستوى اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى الأطفال ، حيث أثبتت بعض الدراسات أن تناول الأغذية الملوثة بالمبيدات الحشرية ، أو

المضاف إليها مكسبات طعم أو لون صناعي ، وبعض الأحماض التي تكثر في أغذية الأطفال المصنعة تؤدي إلى زيادة هذا الاضطراب (بوشيل و سيجفريد ،2004).

ويضيف كل من (السمادوني،1998؛ شعيب و فرحات،2003) إلى ما تقدم أن الرصاص الذي يدخل في طلاء لعب الأطفال ؛ والأقلام ؛ وأغلفة الحلويات ؛ وعوادم السيارات يؤدي إلى التسمم ، والتأثير على المخ ، مما يسهم في الإصابة باضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى الأطفال .

خامسا : العوامل المتعلقة بأساليب التنشئة غير السوية :

فسر العديد من الباحثين تطور الأعراض المرضية لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في ضوء وجود مشاكل أسرية ؛ وأساليب تنشئة غير سوية ، لما لها من تأثير قوي في حياة الطفل وخاصة في مراحل نموه الأولي ، واتفق كل من (Booth et al., 2004; Jones,2002 ؛إسماعيل،2004 ؛ الزراد،2002) على أن أبرز المشكلات في الطفولة المبكرة ذات التأثير هي العوامل البيئية ؛ والظروف الاجتماعية ، التي تتمثل في الصدمة النفسية الحادة ؛ والخوف المزمن ؛ والخلافات الأسرية ؛ والحرمان المبكر من المثيرات الحسية البيئية التي تعمل علي تنمية مهارات الطفل وقدراته العقلية ؛ وانتباهه ؛ وفهمه ؛ وتركيزه ؛ وقدرته علي التعلم ، فالطفل الذي يعيش في أسرة مفككة ؛ أو فقيرة ؛ أو محرومة لا تستطيع أن توفر له المثيرات الحسية اللازمة لنموه ، مثل الألعاب ؛ والرحلات ؛ والمحادثة ؛ والألوان ، وغير ذلك من الأشياء التي تساعد الطفل علي نمو قدراته ومهاراته ، وكذلك أساليب التنشئة غير السوية مثل الإهمال ؛ والعقاب ؛ والقسوة ؛ والتسلط ؛ والحماية الزائدة ؛ والفوضى .

وفي ضوء ما تم عرضه يمكن القول أن الأسرة الممزقة تكون غير قادرة علي القيام بوظيفتيها تجاه الطفل ، وهذه الأسر التي تخفق في القيام بوظيفتها تصبح عاملاً مساعداً في

معاناة طفلها بالمشكلات السلوكية ، وقد يكون من بينهما قصور الانتباه والحركة الزائدة . كما أن أساليب التنشئة غير السوية من إهمال وقسوة وتسلط إلى تقيد نشاط الطفل وحركته ، مما يؤدي به إلى العناد والعصيان ، وخاصة إذا فقد الطفل حنان والديه ، وكذلك إذا تعرض هذا الطفل إلى العدوان من المحيطين به ، فإنه يتجه إلى ممارسة سلوكات غير سوية ؛ وحركات زائدة حتى يلفت انتباه من حوله ، لذا يجب فهم مدركات واحتياجات الطفل ، لأن الطفل يستجيب سلوكيا حسب ما يدرك هو ، وليس كما يدرك الآخرون من حوله .

6. النظريات المفسرة لأسباب اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة .

تعددت المدارس والنظريات المفسرة لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، وأجمعت هذه المدارس علي أنه لا يوجد سبب واحد ، وإنما هناك تضافر مجموعة عوامل وأسباب متداخلة يصعب تحديدها ؛ أو التعرف عليها بدقة ، فهناك من النظريات التي أرجعت هذا الاضطراب إلى عوامل نفسية ، وأخرى أرجعت حدوثه إلى عوامل بيولوجية ، وثالثة أرجعته إلى عوامل اجتماعية ، وأخيرة أرجعته إلى عوامل سلوكية ، وسوف يتناول الباحث بعض تلك النظريات بإيجاز .

أولا : نظرية التحليل النفسي :

اهتمت نظرية التحليل النفسي بتكوين شخصية الفرد ، والسلوك المشكل من وجهة نظرها هو مخزون الطاقة النفسية والدوافع البدائية التي تبحث عن المتعة من خلال الميكانيزمات التي يتحكم فيها العقل .

وتُرجع هذه النظرية مسئولية نشأة سلوك الطفل المشكل إلى أسلوب والديه في تربيته ، ومن المفترض أنهما يوظفان ويوجهان سلوك الطفل إلى طاقة إيجابية بناءة، ومن ثم تحويل أي

مشاعر سلبية تواجه الطفل كالإحباط مثلا إلى تنفيس وتفريغ بشكل إيجابي وفي سلوكات مرغوبة (Parkley,2006) .

ويرى الباحث الحالي أنه إذا ما أتيحت الفرصة للطفل ذي قصور الانتباه والحركة الزائدة التنفيس عن مشاعر الإحباط ، نتيجة الإحساس الزائد بالنقص ؛ أو أي خبرة مؤلمة في مرحلة الطفولة المبكرة ، ساعد ذلك علي تغذية الصراعات الداخلية اللاشعورية ، مما يجعل الطفل يتبني استجابات سلوكية غير مرغوبة كعملية تعويضية لخفض الإحساس بالإحباط والتنفيس عن الذات ، ويتضح الأمر بصورة جلية عند حرمان الطفل من اللعب .

ثانيا : النظرية البيولوجية :

تُرجع هذه النظرية اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة إلى عوامل وراثية أو بيولوجية ، إما بطريقة مباشرة من خلال نقل الموروثات التي تحملها الخلية لعوامل خاصة تؤدي إلى تلف أو ضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه بالمخ ، أو بطريقة غير مباشرة من نقل الموروثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدي إلى ضعف نموه ، بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه .

وأوضحت نتائج الدراسات التي تشير إلى الطبيعة البيولوجية لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة والاضطرابات السلوكية علي أنها أعراض عصبية ذات مكونات بيولوجية ، حيث إن والدي وأخوات الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم معدلات أعلي في اضطراب الحركة الزائدة عن الأقرباء بالتبني(Kutcher & Others,2004: 17).

ويؤكد عكاشة (2003) على أهمية العامل الوراثي غير المباشر بسبب وجود شذوذ يظهر في رسم المخ في حوإلى (65%) من الأطفال ذوي الحركة الزائدة ، خاصة المصحوبين بعلامات عضوية يحتمل أن يكون من أسبابها تلف نسيج الدماغ ، كما أن الدراسات الحديثة تؤكد

على أن بعضا من الأطفال يعانون من نوبات صرعيه ، وقد يظهر الشذوذ في رسم المخ في حوإلى(25%) من الحالات غير المصحوبة بعلامات عضوية .

والنتيجة السابقة تشير إلى وجود علاقة بين العوامل الوراثية واضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، وأن هذا الاضطراب ينتشر بين أقرباء الدرجة الأولي .

ثالثا : النظرية الاجتماعية :

التمكن من المهارات الاجتماعية من العوامل الهامة التي تساعد الطفل علي أن يكون مُتقبلا من الآخرين ، وتركز النظرية الاجتماعية علي سلوك الفرد داخل بيئته وفي مجاله الاجتماعي الذي يعيش فيه ، ونوعية التفاعلات المتبادلة داخل إطار بيئته ، ومدى تقبله للمثيرات الموجودة داخل هذه البيئة ، كما أن نظرية الاستثارة البيئية تقترح بأن الأفراد ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة أكثر استثارة من الأفراد العاديين .

وتشير النظرية الاجتماعية إلى أن الطفل يتعلم جميع أنواع السلوك سواء السوي أو غير السوي عن طريق التقليد والمحاكاة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية ، إذ إن ميل الطفل إلى الحركة والاندفاعية في الفصل المدرسي ينظر إليها من خلال الوسط المحيط بالطفل وليس للسلوك المشكل لديه ، وللوصول إلى تفاعل مرضي بين الطفل وبيئته ، واستنادا إلى ذلك فإن المشكلات السلوكية ومنها اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة التي يعاني منها الطفل ترجع إلى الظروف البيئية المحيطة به ، وإلى العوامل الاجتماعية والنفسية غير المواتية التي مر بها خلال عملية التنشئة الاجتماعية سواء في البيت أو المدرسة .

النظرية السلوكية :

تفترض النظرية السلوكية أن معظم أفعال البشر السوية أو اللاسوية هي سلوك متعلم يتم اكتسابه أثناء مراحل نموه المختلفة ، وأن الأمراض النفسية والاضطرابات ما هي إلا عادات

خطأ تعلمها الفرد من البيئة المحيطة به ، حيث إن الاضطرابات السلوكية ومن بينها اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ناتجة عن ظروف بيئية ترجع للخبرات السيئة ، والتي ينتج عنها حالة من الإثارة الانفعالية ، ويتعلم الطفل الكثير من الاستجابات عن طريق الملاحظة والنموذج المحتذي به ، والذي يختلط به الطفل مثل الوالدين والمعلمين والزملاء ؛ أو تلك النماذج التي تتلقي التعزيز والإثابة ، وأنواع السلوك المرغوب وغير المرغوب ، ولذا فإن السلوك المضطرب يعد استجابة خطأ مرتبطة بمثيرات منفرة يستخدمها الطفل في تجنب مواقف أخري غير مرغوب فيها (شقير ، 2004).

وقد تم الاهتمام بالنظرية السلوكية واعتبارها مفسرة لظهور اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة منذ السبعينيات من القرن الماضي حيث تزايد طرح استخدام الاستراتيجيات التربوية للطلبة الذين لديهم اضطرابات سلوكية وتعلمية ودعم ذلك الكثير من الدراسات والبحوث في ذلك الوقت. والتي جاءت نتائجها كبديل لخيار الدواء للاضطرابات السلوكية الذي انتشر آنذاك (Parkley, 2006).

وذلك يؤكد لنا أن أفكار الطفل تتشكل ؛ ويوجه سلوكه ردود أفعال المحيطين به والتي تشكل خبراته البيئية التي عايشها معهم ، ومن خلالهم تأتي استجاباته السلوكية في صورة سلوكية سليمة ؛ أو في صورة سلوكية مضطربة .

وعلى الرغم من تعدد النظريات المفسرة لأسباب اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، إلا أنه لا توجد نظرية واحدة تم الاتفاق عليها من قبل العلماء والباحثين .

7. تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة :

بالرغم من مرور تشخيص اضطراب قصورالانتباه والحركة الزائدة بعدة مراحل ، وما شابه الكثير من الجدل حول رصد المعايير السلوكية اللازم توفرها لتشخيص الاضطراب. إلا أن

الشائع في ذلك أن العوامل المرتبطة بقصور الانتباه والحركة الزائدة والاندفاعية مجتمعة ترتبط فيما بينها لتشكيل متلازمة أعراض تتفق ومعايير تشخيص الاضطراب (Atkinson & Hornby, 2002)

كما أورد باركلي (Parkley,2006) أن هناك ثلاث طرق معتمدة لتشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة هي: 1. المنحى الطبي. 2.المقابلـــــــة العيادية. 3. مقاييس التقديـــر.

وقد أضاف (هلاهان وكوفمان ولويد وويس وماريتينز،2007) طريقة رابعة أصبحت شائعة للعياديين لتشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وهي: **استخدام التكنولوجيا.** مثل تلك النسخ الكمبيوترية التجاريةلاختبارات الأداء المستمر (Continuous Performance Test CPTs)، وتعتمد على اسقاط مثيرات بشكل سريع على شاشة حيث يقوم الفرد بالضغط على زر بمجرد ظهور مثير معين. ويتولى الحاسوب مسألة التصحيح ورصد الإستجابات للإفادة من نتائجها في تشخيص الاضطراب.

ومن الجدير بالذكر أن المعايير الصادرة عن الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع الصادر عن الجمعية الأمريكية النفسية (APA,1994) باتت المرجع الرئيس المتفق عليه في معظم الدراسات والأبحاث والميادين ذات الصلة .

يتمّ التّشخيص بالاعتماد على قاعدة من تاريخ الطّفل عن طريق الوالدين، أومن أيّ شخص أسهم في تربية الطّفل، هذا بالإضافة إلى نتائج مجموعة مقاييس تقديريّة (Rating Scales)، حيث تقوم هذه المقاييس بوصف مدى ظهور وتكرار وعمق الأعراض لدى الطّفل (Wender,2000). وتعتبر مقاييس التقدير السلوكية من أكثر الطرق فاعلية لجمع المعلومات حول الأطفال والبالغين(Wilson & Reschly ,1996).

ويتناول الدسوقي (2006) ست خطوات لتشخيص الاضطراب هي :

الخطوة الأولي :

المقابلة الشخصية مع الوالدين التي تتضمن عرض المشكلات ، والتاريخ المتعلق بالنمو والتاريخ الأسري .

الخطوة الثانية :

إجراء مقابلة مع الطفل للتعرف على سلوكه في البيت والمدرسة ، وكذلك التعرف على أدائه الوظيفي الاجتماعي .

الخطوة الثالثة :

تطبيق مجموعة من المقاييس التي تقدر السلوك في البيت والمدرسة ، وكذلك الأداء الوظيفي الاجتماعي .

الخطوة الرابعة :

الحصول علي بيانات من المدرسة تتضمن طبيعة سلوك الطفل في المدرسة ، ودرجات الاختبارات التحصيلية ، والموقف الدراسي ، وغيرها من المعلومات الهامة .

الخطوة الخامسة :

إجراء مجموعة من الاختبارات النفسية مثل اختبارات الذكاء لقياس الذكاء ؛ واختبارات أخرى للتأكد من عدم وجود صعوبات تعلم .

الخطوة الأخيرة :

تتضمن هذه الخطوة إجراء الفحوص البدنية والعصبية ، ويقوم بهذا الإجراء أطباء ومتخصصون في هذا المجال ، كما يقدم الوالدان والمعلمون والأخصائيون النفسيون معلومات مهمة تساعد في عملية التشخيص .

وتتعدد الأدوات المستخدمة في تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، يذكر الباحث الحإلى منها تقدير المعلمين ؛ وتقدير أولياء الأمور ؛ والملاحظة المباشرة ؛ وتقدير الزملاء ؛ والطرق المعملية ، وتُعد مقاييس تقدير الآباء والمعلمين أكثر طرق القياس انتشارا لأنها سهلة وسريعة الاستخدام ، كما أن الآباء والمدرسين هما أكثر قدرة على ملاحظة سلوك الطفل ، وردود أفعاله ، بالإضافة إلى أنهم يقضون وقتا طويلا معه يتيح لهم ملاحظة مظاهر الحركة الزائدة عنده .

وقد نشرت عدة مقاييس أجنبية مجملها تستعين بالمعلم بالدرجة الأولى كمصدر للمعلومات ويأتي الأهل بالدرجة الثانية وقد ثبتت فاعلية هذه المقاييس ، لما تتمتع به من درجة صدق وثبات في تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة .ومن المقاييس الأكثر انتشارا: مقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة الرابعADHD Rating Scale-IV : وقائمة تقدير كونر (CRS-R; Conners,1997) ، ومقياس تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADDES-;McCarney,1995).

8. علاج اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة :

تتعدد اتجاهات علاج اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة تبعا لتعدد الأسباب المؤدية إليه من ناحية ، ومن ناجية أخرى تبعا لتعدد اهتمامات المتخصصين الذين اهتموا بهذه المشكلة ، فاتجه الأطباء إلى وصف العقاقير الطبية وفقا لقناعتهم بأن المشكلة أسبابها عضوية (تلف المخ) ، بينما اتجه البعض الآخر إلى النصح بإتباع نظام غذائي عند اكتشافهم أن بعض أنواع من الأغذية تسبب الحركة الزائدة لبعض الأطفال ، في حين اتجه علماء النفس وأخصائيو التربية الخاصة إلى العلاج النفسي ؛ والتربوي ؛ والأسري ؛ والسلوكي .

وتوصي جمعية اضطراب قصور الانتباه The Attention Deficit Disorder Association (2008) بأن تقييم وعلاج اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة يجب أن يتم بواسطة متخصصين مؤهلين ؛ وحاصلين على رخصة ممارسة العلاج ، وذوي خبرة تدريبية في العلاج مثل : الأطباء النفسيون ؛ أطباء الباطنة ؛ أطباء الأطفال ؛ أطباء الأعصاب ؛ طبيب الأسرة ؛ العاملون في المجال الاجتماعي ؛ والمتخصصون في الإرشاد .

وتذكر قشطة (1999) أهم الأساليب العلاجية التي اتبعت في علاج اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وهي : العلاج الطبي ؛ والعلاج بالغذاء ؛ والعلاج السلوكي .

أولا : العلاج الطبي الدوائي : Medication Therapy

إن اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة عبارة عن مجموعة من الأعراض وليس عرضا واحدا ، وهذه الأعراض تختلف من طفل إلى آخر ، ولا يوجد دواء يعالج جميع هذه الأعراض ، ويؤكد على ذلك الشخص و السرطاوي (1999) اللذان رأيا أن استخدام العقاقير في علاج اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة موضع خلاف ، حيث يدافع البعض عن فوائدها ، وينتقد البعض الآخر استخداماتها مع الجميع دون تمييز لصعوبة مراقبة تأثيراتها وآثارها الجانبية بدقة . غير أن جونز (Jones,2002) وسماكر وآخرين (Smucker et al., 2001) توصلا إلى أن العلاج الطبي ساعد في تحسن (80%) من الأطفال الذين تم تشخيصهم علي أنهم يعانون من قصور الانتباه والحركة الزائدة ، حيث أن العلاج الطبي ساعد في خفض حدة الاندفاعية ؛ والعدوانية البدنية واللفظية ، ولكن رأيا أن العلاج الطبي لا يؤدي إلى تحسن السلوك الاجتماعي ؛ أو مهارات القراءة ؛ أو التحصيل الأكاديمي لهؤلاء الأطفال . وتناول دافيدز وآخرون (Davids et al.,2006) الآثار الجانبية للعلاج بالعقاقير والتي تمثلت في الإحساس بالكسل والنعاس والدوخة والغثيان ، ويضيف العديد من الباحثين ومنهم (Smucker et al.,

2001; Anderson et al., 2000 ; Robert & Kail,1998) بعض الآثار الجانبية الأخرى لاستخدام العقاقير للحد من الحركة الزائدة وقصور الانتباه على الرغم من مساعدتها في تحسين سلوك الطفل لكنها تجعل سلوك الطفل انطوائياً ؛ وميوله الاجتماعية متدنية ؛ ومعاناته من انخفاض السلوك الاندفاعي ، كما أنها تزيد من ضرر الكبد ؛ وربما يصل الأمر إلى الفشل الكبدي . أما في حالة توقف الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة عن تناول الدواء تحدث لهم مضاعفات تتمثل في الأرق ؛ وفقدان الشهية ؛ وآلام المعدة ؛ وظهور تشنجات لا إرادية ؛ ونقص سرعة النمو ؛ أو ارتفاع في ضغط الدم ؛ وارتداد أو تدهور في السلوكات ؛ وعدم الاستقرار العاطفي ؛ والانسحاب الاجتماعي .

ويتضمن العلاج الطبي الدوائي إعطاء الطفل بعض العقاقير المهدئة للحد من نشاطه الحركي المفرط المصحوب بقصور الانتباه ، عن طريق تنشيط مراكز التحكم والانتباه في قشرة المخ (حمودة،1999)، وتوجد العديد من العقاقير الطبية شائعة الاستخدام لعلاج الحركة الزائدة مثل دواء الريتالين Retalin ؛ ودكسدرين Dexidrene ؛ وسيلرت Cylert ؛ والميثيل فيندات Methyl Phenidat ؛ الديكستروم فيتامين Dextroam Phetamine ؛ الأديرال Adderal ، لذا يجب أن تعرض الأم أبنها علي طبيب الأطفال لتحديد مدي حاجته إلى العلاج الطبي ؛ وإفادته من الدواء (Craighead & Nemeroff, 2001).

وعلى الرغم من التأثير الايجابي للعقاقير علي كثير من الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، من خلال خفض شدة النشاط الحركي والعدوان ؛ والسلوك استفزازي ، والسلبية(Gomez & Cole, 1999)، وزيادة الانتباه ؛ وإنهاء المهام ؛ وخفض حدة السلوك التخريبي ؛ والشكوى (Murg et al.,2001) ولكن لا يبدو أن العلاج باستخدام العقاقير قد أدي إلى تحسن القدرة علي التعلم والتحصيل الأكاديمي للأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه

والحركة الزائدة بشكل مستمر ، ورغم أن العلاج بالعقاقير قد يبدو أسهل ، وأن تأثيره مباشر إلا أن فوائده علي المدي البعيد قليلة ، إذ أن أساليب تعديل السلوك يبدو أنها أكثر فاعلية في تحسين الأداء الأكاديمي .

ويرى الباحث الحالي بناء على العرض السابق وخبرته السابقة في المجال أنه إذا كان هناك ضرورة لاستخدام العقاقير للحد من الحركة الزائدة وزيادة الانتباه ، فأنه يكون بجانب العلاج السلوكي والتربوي الذي يدوم لفترات طويلة .

ثانيا : العلاج بالغذاء : Dietary Therapy

ينصح بعض الأطباء بعلاج اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة عن طريق إتباع نظام غذائي ، يتضمن الامتناع عن تناول بعض الأطعمة التي تسبب هذا الاضطراب مثل الحلوي التي تحتوي علي الألوان الصناعية ؛ والأغذية التي يدخل في حفظها المواد الكيميائية ، ولكن بمتابعة الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة الذين اتبعوا هذا النظام الغذائي ، لوحظ استمرار أعراض هذا الاضطراب في سلوكهم (Herbert,1999).

ثالثا : العلاج السلوكي : Behavior Therapy

إن التدخل السلوكي ذي تأثير فعال في خفض حدة المشكلات السلوكية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، وذلك عندما يُستخدم كجزء من علاج شامل يتضمن استخدام العقاقير المنبهة .

ويتميز العلاج السلوكي عن غيره من أنواع العلاجات بأنه يركز علي علاج الأعراض بصورتها الراهنة ، ويهدف إلى زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه ، أو تعليمه سلوكا جديدا ، أو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه ، ويستهدف تعديل سلوكات الطفل غير المرغوبة (كالاندفاعية) ، وغالبا ما يستخدم أسلوب التدعيم الايجابي الذي يعني

مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك المرغوب الذي يتدرب عليه ، وقد يكون التدعيم ماديا عن طريق الحلوى أو النقود ؛ وقد يكون معنويا بتقبيل الطفل أو مداعبته ؛ أو مدحه بعبارات شكر (عبد المعطي ،2001 ؛ مليكه،1994).

ويقوم هذا الأسلوب العلاجي علي نظرية التعلم حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكات غير المرغوب فيها لدى الطفل وتعديلها بسلوكات أخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية ، وهناك دراسات كثيرة أثبتت نجاح العلاج السلوكي من خلال تعديل السلوك عند مقارنته بالعلاجات الأخرى ، في خفض قصور الانتباه والحركة الزائدة لدي الأطفال ومنها دراسة كل من (Pisecco et al., 2001 ; Smucker et al., 2001) .

ويعرف مليكه (1994) تعديل السلوك Behavior Modification بأنه تعلم محدد البنيان يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة وسلوكا جديدا ، للتقليل من الاستجابات والعادات غير المرغوبة ، وتزداد فيه دافعية الفرد للتغيير المرغوب ، بينما يعرف الشخص والدماطي (1992) تعديل السلوك بأنه عملية تتضمن تشكيل سلوكات الفرد بحيث نحاول خفض معدل حدوث السلوك غير المرغوب ؛ أو التخلص منه من ناحية ، وتدعيم السلوك المرغوب أو تقويته من ناحية أخرى ، وذلك من خلال التحكم في البيئة التعليمية عن طريق تطبيق مبادئ التعلم بأسلوب مخطط ومنظم . وتعتمد برامج تعديل السلوك على قدرة الطفل على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين ، وتعرضه بصورة منتظمة للنماذج بحيث يتاح له فرصة ملاحظة النموذج وأداء نفس العمل الذي يقوم به . وتوصل شونبرودت (Schoenbrodt,1992) إلى أن تدريب الوالدين علي برامج تعديل السلوك للأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه والحركة الزائدة له أثر فعال في تحسين السلوك ، وخفض الحركة الزائدة لديهم .

وهناك العديد من الباحثين الذين أجروا دراسات ميزت العلاج السلوكي وتعديل السلوك عن غيره من العلاجات الأخرى في الحد من قصور الانتباه والحركة الزائدة ، ومنهم : (قشطة،1995 ؛ Anderson et al.,2000) . كما توصلت نتائج دراسة قيصر(Kaiser, 1992) إلى فعالية برامج تعديل السلوك في تحسين الانجاز الأكاديمي ومفهوم الذات في الفصل الدراسي لدى التلاميذ ذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة .

ويعتمد العلاج السلوكي علي فنيات متعددة ، وهذا ما أكدته دراسة عبد الحافظ (2002) حيث تم الاستعانة بفنيتي التعزيز ؛ ولعب الدور ، حيث أثبتت نتائج دراستها خفض اضطراب الحركة الزائدة لدي الأطفال . كما أكدت دراسة بلومكويست وآخرون(Bloomquist et al., 1999) فعالية العلاج السلوكي في خفض الحركة الزائدة لدي الأطفال ، من خلال ملاحظة السلوك ؛ وتقديرات المعلم لسلوك الطفل ؛ وتقديرات الطفل لذاته ؛ وتقديرات المعلم عن التحسن .

ويتضمن العلاج السلوكي تعزيز السلوك الايجابي للطفل من خلال التقدير والمكافآت ، ويعاقب علي السلوك السلبي من خلال الإبعاد المؤقت ، أو نظام نتائج السلوك الذي يشير إلى منح الطفل المكافآت الرمزية والمميزات عند أداء السلوك المرغوب فيه ، وحرمانه منها عند أداء سلوك غير مرغوب فيه .

تعقيب علي الإطار النظري :

يتضح من العرض السابق للإطار النظري ما يلي :

- اختلاف الدراسات والبحوث حول مفهوم اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، وقد عرفه الباحث في الدراسة الحالية بأنه "اضطراب سلوكي يتسم بعدم القدرة علي تركيز الانتباه لمدة طويلة ، والحركة الزائدة ، وعدم القدرة علي ضبط النفس "الاندفاعية" ، إضافة

إلى مجموعة من المظاهر الثانوية المصاحبة والمتلازمة مثل عدم الطاعة ، وضعف التحصيل الدراسي ، وعدم تحمل الإحباط ، والعدوانية وشرود الذهن ، وضعف تقدير الذات ، والقصور المعرفي، والسلوك الفوضوي ، وعدم الاتزان الانفعالى ، بالإضافة إلى عدم القدرة علي إقامة علاقات طيبة مع الأقران والوالدين والمدرسين .

- انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بنسب لا يستهان بها بين أطفال المدارس الابتدائية ، ومعظم الدراسات التي اهتمت بهذا الاضطراب اتفقت علي أهمية دراسة مشكلة اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، وخاصة أن(50%) من هؤلاء الأطفال تستمر معهم الأعراض إلى مرحلة المراهقة ، ومن هنا تتضح أهمية دراسة هذه المشكلة والعمل علي علاجها ، واتخاذ الإجراءات اللازمة لرعاية هؤلاء الأطفال .
- أعراض اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة سواء الأساسية أو الثانوية هامة لفهم طبيعة هذا الاضطراب ؛ وإبراز المشكلة ؛ ووضع الخطة المناسبة لأساليب التدخل العلاجي ، وتساعد في بناء مقياس التعرف على مستوى اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وأبعاده .
- اختلفت الآراء حول العوامل المسببة لهذا الاضطراب ، إلا أن الباحث لا ينكر دور أي عامل من هذه العوامل ، إلا أن البيئة الاجتماعية غير السوية المحيطة بالطفل لها أثر فعال ومباشر في إحداث هذا الاضطراب .
- تعددت النظريات المفسرة لأسباب اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، وبالرغم من ذلك لا توجد نظرية واحدة تم الاتفاق عليها من قبل العلماء والباحثين .

- يصعب تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لعدم وجود اختبار طبي للتشخيص ، مما يجعل عملية التشخيص عملية ذاتية ، تعتمد علي عدد من الملاحظات والمقاييس .
- تعددت أساليب علاج هذا الاضطراب إلا أن التدخل السلوكي ذو تأثير فعال في خفض حدة المشكلات السلوكية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ، وذلك عندما يُستخدم كجزء من علاج شامل يتضمن استخدام العقاقير المنبهة ؛ والحمية الغذائية .

ثانيا: الدراسات ذات الصلة

مقدمة :

اطلع الباحث على العديد من نتائج البحوث والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية والتي تمت الإفادة منها في تحديد عينة الدراسة وأداة التشخيص ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة، وقد تم عرض نتائج البحوث والدراسات السابقة من خلال أربعة محاور على النحو التإلى:

أولا : دراسات وبحوث تناولت الفروق بين الأطفال العاديين وذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة.

ثانيا : دراسات وبحوث تناولت الخصائص المميزة لذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة.

ثالثا: دراسات وبحوث تناولت قصور الانتباه والحركة الزائدة في علاقته ببعض المتغيرات.

رابعا: دراسات تناولت نسب الانتشار والتشخيص لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة.

أولا : دراسات وبحوث تناولت الفروق بين الأطفال العاديين وذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة:

أجرى الفخراني(1995) دراسة هدفت إلى التعرف على الفروق في التآزر البصري الحركي بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي قصور الانتباه مع الحركة الزائدة وبدونها ، وضمت عينة الدراسة (90) طفلا وطفلة قسموا إلى ثلاث مجموعات فرعية هي : عينة العاديين وقوامها (30) طفلا وطفلة، وعينة الأطفال ذوي قصور الانتباه وقوامها(30) طفلا وطفلة، وعينة الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالحركة الزائدة وقوامها (30) طفلا وطفلة .

وتمثلت أدوات الدراسة في الدليل التشخيصي الإكلينيكي ؛ قائمة كونرز لتقدير سلوك الأطفال ، اختبار بندر جشطلت ، اختبار وكسلر لذكاء الأطفال ، ومقياس التآزر البصري

الحركي ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين مجموعة الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالحركة الزائدة ومجموعة الأطفال ذوي قصور الانتباه علي بُعد النسخ والاستدعاء في اختبار بندر جشطلت لصالح الأطفال مضطربي الانتباه المصحوب بالحركة الزائدة ، ولم تجد الدراسة فروقا بين المجموعتين علي اختبار ترتيب الصور .

وقارنت بينيدا وأرديلا (Pineda & Ardila, 1999) بين الأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه والحركة الزائدة وبين الأطفال العاديين في الخصائص السلوكية والنفسية والعصبية ، وضمت عينة الدراسة(172) طفلا منهم (100) طفل من ذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة ؛ و (72) طفلا من العاديين ، وبعد تطبيق أدوات الدراسة التي تمثلت في مقياس بلفيو للذكاء ؛ ومقياس تقدير السلوك ، ومقياس الخصائص النفسية والعصبية ، توصلت الدراسة أن سلوكات الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة سلبية بالمقارنة بالأطفال العاديين .

وحاول الدردير (1999) في دراسته والتي هدفت إلى التعرف على العوامل النفسية المميزة للتلاميذ ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد مقارنة بالتلاميذ الأسوياء ، وتكونت عينة الدراسة من (144) تلميذا من تلاميذ الصف الخامس الابتدائي بمدينة الطائف بالمملكة العربية السعودية ، منهم (72) تلميذا من ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه ،و (72) تلميذا من الأسوياء ، وبعد تطبيق أدوات الدراسة التي تمثلت في مقياس الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه ؛ واختبار الذكاء المصور ؛ واستبيان درنالد للمهارات الإدراكية ؛ واستمارة البيانات الأولية ؛ ومقياس مفهوم الذات للأطفال ؛ ومقياس وجهة الضبط الأكاديمي ؛ ومقياس القلق الاجتماعي ؛ ومقياس عين شمس لأشكال السلوك العدواني لدي الأطفال ؛ واختبار القدرة الابتكارية ، توصلت الدراسة إلى وجود فروق

بين التلاميذ ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه والتلاميذ الأسوياء في مفهوم الذات ؛ والتحصيل لصالح التلاميذ الأسوياء ، وكذلك وجود فروق في العدوانية لصالح التلاميذ ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه.

وقيمت دراسة رسلان وعبد العزيز (2000) القدرات اللغوية لعينة من الأطفال ذوي اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه وضمت عينة الدراسة (24) طفلا من ذوي اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه ؛ ومجموعة أخرى من العاديين مساوية لها في العدد والعمر والنوع ، وطبقت أدوات الدراسة في مقابلة نفسية إكلينيكية على المجموعتين باستخدام دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، والتي تمثلت في اختبار استانفورد بينيه للذكاء ، ومقياس اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه لتقييم أعراض الاضطراب ، واختبار اللغة للناطقين بالعربية للتقييم الشامل للنمو اللغوي ، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال ذوي اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه يعانون من تأخر في النمو اللغوي ، حيث أن هذا التأخر له علاقة بازدياد حدة الاضطراب النفسي ، وكذلك أوضحت النتائج أيضا أن أداء هؤلاء الأطفال علي اختبار الذكاء أقل من الأطفال العاديين .

وتناول زينتال وكاسادي وجيريل وجافورسكي (Zentall, Cassady, Jerrell & Javorsky, 2001) الفهم الاجتماعي للأطفال ذوي الحركة الزائدة ، وهدفت الدراسة إلى تقييم ردود الأطفال ذوي الحركة الزائدة ، وضمت عينة الدراسة (34) طفلا ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: الأولى تجريبية ضمت (17) طفلا من ذوي الحركة الزائدة متوسط أعمارهم (10.7) عاما ، أما الثانية فكانت الضابطة وضمت (17) طفلا من العاديين متوسط أعمارهم ما بين(9–10) عاما ، وقدم لهم ثلاث قصص مسجلة عن المشاكل الاجتماعية ، وطلب منهم التمييز بينهم ، وتوقع ماذا سيحدث مستقبلا ، واقتراح الحلول المناسبة لها ، كما طُلب منهم تذكر

القصة المختارة قبل الإجابة ، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال ذوي الحركة الزائدة كان لديهم صعوبة بالمقارنة بالعاديين في التركيز علي أحداث القصة الرئيسة ، والتنبؤ بالنتائج المستقبلية ، ووجهة نظرهم علي الأحداث المستقبلية ، وتقديم حلول اجتماعية مقبولة .

وهدفت دراسة بووث و بورمان وماير و زانغ وبربارا وتروومر وميسولام (Booth, Burman, Meyer, Zhang, Barbara. Trommer & Mesulam, 2005) التحقق من فعالية استخدام الرنين المغناطيسي الوظيفي في تشخيص الاختلافات في نشاط المخ بين الأطفال ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه وبين الأطفال العاديين في كل من الانتباه البصري والامتناع عن الاستجابة ، وطبقت الدراسة علي عينة تجريبية قوامها(12) طفلا من الأطفال ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه ؛ تراوحت أعمارهم ما بين (9.4– 11.9)عاما ؛ منهم (8)أطفال ذكور ؛ و(4)إناث ، وعينة ضابطة قوامها (12)طفلا من الأطفال العاديين ؛ تراوحت أعمارهم ما بين (9.3–11.7) عاما ؛ منهم (7) أطفال ذكور ؛ و(5)إناث ، تم اختيارهم بوساطة أخصائي طب الأطفال والجهاز العصبي ، وبعد المقابلة الشخصية غير الرسمية مع آباء أطفال عينتي الدراسة ، وفيها تم تطبيق اختبارات قياسية في السلوك مع تصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي . بالإضافة إلى تطبيق مقياس الحركة الزائدة على آباء الأطفال ذوي الحركة الزائدة والاندفاعية ، وتوصلت الدراسة إلى أن أطفال المجموعة الضابطة أحرزوا معدلا أفضل في القراءة والتهجئة ، بينما أحرز أطفال المجموعة التجريبية ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه نقاط أعلى في الإهمال والاندفاعية والحركة الزائدة ، كما أشارت النتائج أنه بتحليل الأداء السلوكي للأطفال ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه تبين وجود أخطاء عديدة بصورة متكررة ؛ ووقت رد الفعل أبطأ ، وكذلك توصلت الدراسة إلى وجود اختلافات صغيرة بين الأطفال العاديين ؛ وبين الأطفال ذوي هذا

اضطراب في نشاط المخ أثناء تأدية مهمة الانتباه الاختياري عندما تم قياسها بمهمة البحث البصري ، وأيضا وجود نشاط متزايد لدي الأطفال ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه أثناء مهمة الامتناع عن الاستجابة .

ثانيا : دراسات وبحوث تناولت الخصائص المميزة للأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة:

هدفت دراسة سيد (1996) الى التعرف على القدرات العقلية العامة المميزة للأطفال ذوي الحركة الزائدة ، والتعرف على بعض المتغيرات الفسيولوجية المسببة والناتجة عن الحركة الزائدة ، وكذلك الكشف عن الفروق في بعض القدرات العقلية العامة والمتغيرات الفسيولوجية لدى الأطفال زائدي ومنخفضي النشاط ، وتكونت عينة الدراسة من (89)طفلا وطفلة لديهم نشاط زائد ، تتراوح أعمارهم ما بين (5–8)سنوات ، تم اختيارهم من بين (500) طفل وطفلة من حضانات ومدارس محافظة المنيا ، وبعد تطبيق أدوات الدراسة التي تمثلت في اختبار القدرة العقلية ؛ ومقياس التعرف على الحركة الزائدة ؛ ومقياس المتغيرات الفسيولوجية ، واستخدمت الدراسة نسبة أعلى (27%) لتدل على الأطفال مرتفعي النشاط ، وأدني (27%) لتدل على الأطفال منخفضي النشاط ، وأسفرت الدراسة عن عدم وجود فروق دالة بين الأطفال مرتفعي النشاط والأطفال منخفضي النشاط في القدرة على التذكر والقدرة على فهم الصور والكلمات ؛ والقدرة الاستدلالية ، بينما توجد فروق دالة بينهم في القدرة المكانية لصالح الأطفال مرتفعي النشاط .

ودراسة بين وبيليتر(Bain & Pelletier, 1999) التي هدفت إلى فحص المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الحركة الزائدة والصعوبات الاجتماعية لديهم، وضمت عينة الدراسة (96) طفلا في مرحلة ما قبل المدرسة ، تراوحت أعمارهم ما بين (3–5) سنوات ، وتمثلت

أدوات الدراسة في مقياس تقدير المدرسين للأطفال ذوي الحركة الزائدة واضطراب الانتباه ، ومقياس تقدير المعلمين لصعوبات المهارات الاجتماعية ، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطيه ايجابية بين الحركة الزائدة وبين الصعوبات الاجتماعية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال ؛ أي كلما زادت الحركة الزائدة لدي الطفل زادت لديه بالتبعية معاناته من الصعوبات الاجتماعية مع المحيطين من حوله ، كما توصلت الدراسة إلى تباين المهارات الاجتماعية والمشكلات السلوكية لدي الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة .

وقيمت ستورمنت وزينتال (Stormont & Zentall, 1999) سلوكات الأطفال ذوي الحركة الزائدة في مرحلة ما قبل المدرسة ، لعينة ضمت (56) طفلا في مرحلة ما قبل المدرسة، تراوحت أعمارهم ما بين (2–5) سنوات، وقسمت العينة إلى مجموعتين: الأولى تجريبية وضمت (41) طفلا ؛ في حين كانت الثانية ضابطة وضمت (15) طفلا ، وبعد فحص تقارير آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه في سن سنتين تبين أنها غير مفيدة ؛ حيث إن سلوكات الأطفال في هذا العمر مشتته وغير محددة أثناء اللعب ، أما الأطفال الأكبر سنا أمكن رصد قصور انتباههم وحركتهم الزائدة ، كما أظهرت النتائج أن سلوكات الأطفال الأكبر أصبحت أكثر استقرارا من خلال اللعب الموجه ؛ ومشاهدة التلفزيون ؛ وتدريبات الاسترخاء .

وقد قام جرينسون (Greenson, 2001) بدراسة طولية للتعرف على أعراض اضطراب الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، وهدفت الدراسة إلى جمع معلومات عن السلوك الأكاديمي للأطفال ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه ، وضمت عينة الدراسة (290) طفلا من أطفال مرحلة ما قبل المدرسة الذين يعانون من هذا الاضطراب ، وتمثلت أدوات الدراسة في استبيان تقدير الأمهات لأطفالهن ، وأسفرت نتائج الدراسة عن صعوبة إدراك العلاقة بين مستوي السلوك الأكاديمي

والحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه لدى أفراد العينة ، وكذلك أشارت الدراسة إلى وجود علاقة مباشرة بين خلل السلوك الوظيفي وعرض اضطراب الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه لدى الأطفال ، كما أكدت على أهمية سرعة التدخل المبكر لعلاج هذا الاضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة .

ثالثا: دراسات وبحوث تناولت قصور الانتباه والحركة الزائدة في علاقته ببعض المتغيرات:

وأجرت جاوب وكارلسون (Gaub & Carlson,1997) دراسة تحليلية لأفضل (18) دراسة علمية تناولت موضوع اختلاف الجنس لدى ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة. وقد أظهرت النتائج التحليلية أنه غالباً ما تظهر صعوبات تعليمية لدى الطالبات اللواتي يعانين من اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في حين أن الاضطرابات السلوكية تظهر أكثر لدى الذكور . وقد يعزى ذلك إلى زيادة نسبة الانتشار في الذكور كونها أعلى منها لدى الإناث. وقد ذكرت الباحثتان بعض المحددات لتلك الدراسات والتي تركزت في معظمها حول محدودية العينات المستخدمة في الدراسات وتركيزها على الذكور أكثر.

ودرس ودورد ووتايلور وداودني (Woodward, Taylor & Dowdney, 1998) العلاقة بين العوامل الأسرية والوالدية وبين الحركة الزائدة لدى الأبناء في مرحلة الطفولة المبكرة ، وضمت عينة الدراسة مجموعتين الأولي وضمت (30) طفلا ذا نشاط زائد ، في حين ضمت المجموعة الثانية (28) طفلا من العاديين ؛ وتراوح العمر الزمني لأفراد المجموعتين ما بين 7–10 أعوام ، وبعد تطبيق أدوات الدراسة التي تمثلت في استمارة تقدير ممارسات رعاية الطفل ؛ واستبيان فعالية المواجهة ؛ واستبيان الصحة العامة ؛ ومقياس التكيف ، أوضحت النتائج أن مشاعر آباء الأطفال ذوي الحركة الزائدة في المجموعة الأولى كانت أكثر سلبية تجاه أطفالهم وأقل استخداما لطرق الضبط المؤثرة ؛ وذلك عند مقارنتهم بآباء الأطفال العاديين في

المجموعة الثانية ، كما أظهرت الدراسة أن آباء الأطفال ذوي الحركة الزائدة في المجموعة الأولى أقل قدرة علي إشباع الحاجات الأساسية لأطفالهم ؛ وأقل كفاءة في استخدام استراتيجيات فعالة لمواجهة السلوك السيئ لأطفالهم وذلك عند مقارنتهم بآباء الأطفال العاديين في المجموعة الثانية ، كما دلت النتائج علي انخفاض مستوي المساندة الاجتماعية التي يحصل عليها آباء أطفال ذوي الحركة الزائدة عند مقارنتهم بآباء أطفال المجموعة الثانية ، كما أكدت الدراسة أن استخدام الآباء للقسوة لضبط سلوك أطفالهم يؤدي إلى ارتفاع مستوي الحركة الزائدة لدى هؤلاء الأطفال .

وبحثت كوهين وفالانس وهورروديزكي وايزاكسون(Cohen, Vallance, Horodezky & Isaacson, 2000) التداخل بين الحركة الزائدة ؛ والضعف اللغوي ؛ وفحص العمليات المعرفية ؛ والإنجاز ؛ واللغة ، وضمت عينة الدراسة (166) طفلا تراوحت أعمارهم ما بين (7–14) عاما ، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مركزين من مراكز الصحة النفسية بمدينة تورنتو Toronto ؛ وقسمت العينة إلى أربع مجموعات فرعية: تكونت المجموعة الأولي من (30) طفلا ذا اضطرابات نفسية أخرى، وتكونت المجموعة الثانية من (31) طفلا ذا اضطرابات نفسية مقترنة بضعف لغوي، وتكونت المجموعة الثالثة من (69) طفلا ذا نشاط زائد، وتكونت المجموعة الرابعة من (36) طفلا ذا نشاط زائد مقترن بضعف لغوي. وبعد تطبيق أدوات الدراسة والتي تمثلت في الصورة المعدلة لاختبار المفردات المصور (Picture Vocabulary Test-Revised) ، والصورة المعدلة لاختبار اللغة التعبيرية المصور على مستوى المفردة الواحدة (The Expressive One Word Picture)، ومقياس القدرة على التعبير عن معاني الكلمات (Expressive Semantics)، واختبار النمو اللغوي، واختبار استيعاب قواعد النحو والصرف (Test For The Reception of Grammar)، واختبار

الاستعداد للتعلم (Test of Learning Aptitude)، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال ، وأسفرت النتائج عن انخفاض درجات مجموعة الأطفال ذوي الحركة الزائدة علي اختبار الاستعداد للتعلم وذلك بمقارنتها بالمجوعات الأخرى ، وكذلك انخفاض مستوي أداء الذاكرة سواء اللفظية أو غير اللفظية لدي كل من مجموعتي الأطفال ذوي الحركة الزائدة المقترن بالضعف اللغوي والأطفال ذوي الاضطرابات النفسية المقترنة بالضعف اللغوي .

ودراسة كاتشر وآخرين (kutcher et al., 2004) التي هدفت إلى تحليل اضطراب الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه وعلاقته ببعض الاضطرابات السلوكية وتقديم مقترحات لعملية التشخيص والعلاج ، وضمت عينة الدراسة مجموعة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه واضطرابات سلوكية ، وبعد تطبيق أدوات الدراسة التي تمثلت في : جداول المقابلات الشخصية للأطفال ؛ المقابلات الشخصية للأطفال ؛ الجدول شبه المخطط للاضطرابات الوجدانية للأطفال ؛ التقييم النفسي للأطفال من قبل الشخص الذي يجري المقابلات الشخصية ؛ مقياس التقدير من قبل المعلم ؛ مقياس التقدير من قبل الوالدين ؛ بطاقات الملاحظة . أسفرت النتائج عن أن اضطراب الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه وبعض الاضطرابات السلوكية هي أمراض عصبية ذات مكونات بيولوجية، وأن والدي وأخوات الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم معدلات أعلي في اضطراب الحركة الزائدة عن الأقرباء بالتبني ، كما وجدت علاقة ارتباطيه بين اضطراب الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه وبين الاضطرابات السلوكية بنسبة (50%) وهي متصلة بالجينات .

وفي دراسة سحلول (Sahloul, 2004) التي بحثت تأثير وجود أطفال يعانون من اضطراب فرط الحركة الزائدة وقصور الانتباه علي أسرهم ؛ وكذلك دراسة الخصائص

الديموغرافية والاجتماعية لهذه الأسر ، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (30) طفلا ممن يتابعون العلاج بشكل منتظم بعقار الريتالين بمستشفي الأمل بدبي ، وبعد المتابعة المنظمة لتقييم استجابات أفراد العينة للعلاج ، بالإضافة إلى أمهاتهم ، وعينة ضابطة من الأمهات روعي تماثلهن في العدد والسن والمستوي الاقتصادي الاجتماعي التعليمي ، وضمت أدوات الدراسة مقياس الزقازيق للاكتئاب والقلق ؛ تم تطبيقه على المجموعتين التجريبية والضابطة ، وأسفرت النتائج عن تأثير اضطراب الحركة الزائدة وقصور الانتباه علي أمهات الأطفال في صورة قلق واكتئاب وانطواء ، كما أوضحت الدراسة أن أهم العوامل تأثيرا علي الأمهات كانت هي طول فترة العلاج ؛ وكثرة التردد على المستشفي ؛ وتدني المستوي الأكاديمي للطفل ؛ ومشكلة الحركة الزائدة ؛ والعبء المالي3 لمصاريف المواصلات ؛ وخجل الأسرة من نظرة المجتمع ؛ وإهمال بقية الأخوة العاديين ، وكذلك توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين استجابة الطفل للعلاج ؛ وتحسن حالته ؛ وبين الاكتشاف والتشخيص المبكر ؛ وتعليم الأم ؛ والأسرة صغيرة العدد.

أجرى دوبال وجيتندرا وتريسكو وجونود وفولب و لوتز(DuPaul, Jitendra , Tresco, Junod , Volpe & Lutz, 2006) دراسة هدفت إلى تحديد الفروق في التحصيل الدراسي والتي تعزى إلى الجنس لدى الطلبة ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة. استهدفت الدراسة (133) طالبا و(42) طالبة من المرحلة الابتدائية في بنسلفانيا الشرقية ممن انطبقت عليهم معايير التشخيص. وقد استخدم الباحثون تقديرات المعلمين وأسلوب الملاحظة المباشرة واختبارات التحصيل المعيارية كأدوات للدراسة. وقد اظهرت النتائج وجود تدنٍ دراسي ملحوظ لدى جميع أفراد العينة بغض النظر عن الجنس، إلا أن مستوى التدني في التحصيل الدراسي بدا أكبر عند الإناث منه عند الذكور مقارنة مع الطلبة العاديين من نفس الجنس.

رابعا: دراسات وبحوث تناولت نسب الانتشار والتشخيص لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة:

في دراسة (قطب، 1985) والمشار إليها في كتاب الحامد(2002) بعنوان "دراسة وبائية لزملة الفرط الحركي لدى أطفال المدارس". فقد بلغ عدد عينة الدراسة (470) طالباً وطالبة من ثلاث مدارس ابتدائية بالقاهرة اختيرت عشوائياً، واستهدفت الفئة العمرية (7–14)سنة .وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن معدل انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (6.2%). وانه يزيد في المدارس الأهلية عنه في المدارس الحكومية .كما أن نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث ، وأكثر انتشاراً في الفئة العمرية (7–9) سنوات وبين (10–11) سنة.

وقام دوباول (Dupaul,1991) بدراسة الخصائص السيكومترية لقوائم تقدير المعلمين والآباء المستخدمة في رصد أعراض وسلوكات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وذلك من خلال تقديرات المعلمين والآباء لعينة كبيرة من الطلبة ضمن الفئة العمرية (6–12) سنة. واختار عينة جزئية لتطوير خصائص معيارية من خلال الملاحظة المباشرة لسلوكات الطلبة داخل صفوفهم ومستويات التحصيل الدراسي. أظهرت الدراسة درجة صدق وثبات عالية لمقاييس التقدير وفعالية اختيار المعلمين والآباء كمصدر للمعلومات .كما أبرزت الدراسة فروقاً واضحة في طبيعة الأعراض بين الذكور والإناث. وأوصت باستخدام مقاييس التقدير كأداة مسحية وتشخيصية فعالة في هذا المجال .

وفي دراسة أجراها وانغ وتشينج ويانج وتشاو (Wang, Ching, Yang & Chou,1993) والتي هدفت إلى تحديد نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المدارس الابتدائية في تايوان، استخدم الباحثون مقياس كونرز بعد ترجمته والتأكد من صدقه وثباته ، حيث طُلِب من المعلمين تقدير سلوكات الطلبة الذين تراوحت أعمارهم بين

(7−12) سنة .وقد أظهرت الدراسة أن نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بين طلبة المدارس الإبتدائية بلغت (9.9%) . كما أكدت على أن نسبة انتشاره بين الذكور أعلى منها عند الإناث بما يقارب ثلاثة أضعاف .كما بينت الدراسة فعالية اختيار المعلمين لتقدير سلوكات الأطفال حيث وجد درجة توافق عالية بين ما أفرزته تقديرات المعلمين وبين نتائج التشخيص الطبي لذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة .

كما قام باومجارتيل وولاريشو وديتريش (Baumgartel, Wolaraich, & Dietrich, 1995) بدراسة للتعرف على العلاقة بين أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وفق الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية . وقد استخدم الباحثون مقياس تقدير موجه إلى المعلمين، حيث تم تطبيقه على (8258) طالبا وطالبة في الصفوف من الروضة إلى الخامس في منطقة تنيس بألمانيا. كما أظهرت الدراسة أن النسبة الكلية لانتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بلغت (11.4 %)، ونسبة انتشار نمط قصور الانتباه بلغت (5.4 %)، ونسبة انتشار نمط الاندفاعية−الحركة الزائدة بلغت (3.6 %)، في حين بلغت نسبة انتشار النمط المزدوج (2.4%).

كما أجرى وولريش وباومجاتيل (Wolraich & Baumagartel , 1996) دراسة هدفت إلى تحديد نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وكذلك العلاقة بين أنماط الاضطراب والتحصيل الدراسي ،حيث تم تطبيق الدراسة على عشر مدارس في ألمانيا ، وطلب من (44) مدرساً في تلك المدارس تطبيق قائمة تقدير لتشخيص الاضطراب على الطلبة في مدارسهم. أظهرت النتائج أن المعايير الجديدة للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع قد أدت إلى زيادة نسبة انتشار مقارنة بالمعايير المعتمدة سابقاً في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية الثالث (DSM-III) حيث إن النسبة ازدادت من (7.3%) إلى (11.4%)وذلك بسب

إضافة نوعين جديدين إلى الاضطراب بعد أن كان مقتصراً على نوع واحد. كما تبين أن اضطراب قصور الانتباه بمفرده (ADHD-AD) يتصاحب غالباً ومشاكل أكاديمية وينتشر بين الإناث أكثر من الذكور في حين أن اضطراب الحركة الزائدة– الاندفاعية (ADHD-HI) يتصاحب غالباً ومشاكل سلوكية وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث.

وفي دراسة مسحية قام بها عبد الرحيم والحامد وشلبي (Abdur-Rahim, Al-Hamed & Chaleby,1996). لمراجعي عيادة الأطفال النفسية في أحد المستشفيات السعودية وجد ان النسبة المئوية لذوي اضطراب نقص الانتباه والحركة الزائدة تساوي (12.6%) من عينة الدراسة البالغة (169). أما أداة الدراسة عبارة عن استبانة اعتمد في بنائها على الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية (DSM-III).

وشخص فيليبس (Phillips, 2000) الأطفال ذوي القصور الانتباه والحركة الزائدة ، وتضمنت عينة الدراسة 414 طفلا في مرحلة ما قبل المدرسة ، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس تقدير المعلمين والوالدين للأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة ، وتوصلت الدراسة إلى قدرة مقياس تقدير المعلمين والوالدين ADHD-SRS المميزة في تشخيص الأطفال ذوي الحركة الزائدة في مرحلة ما قبل المدرسة ، كما توصلت الدراسة إلى أن التشخيص المبكر لهؤلاء الأطفال يتيح الفرصة لاكتساب المهارات المدرسية بشكل أكثر فعالية .

وبحثت دراسة لينج ولينج وتانج (Leung, Leung, & Tang, 2000) يقظة الأطفال ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه والسيطرة ؛ وحدوث نسبة استثارة إضافية ، وهدفت الدراسة فحص أداء مهمة اليقظة لدى الأطفال ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه ؛ وطبقت الدراسة علي عينة قوامها (24) طفلا ، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (6–12) عاما ، وطبق عليهم مقياس كونرز لتقدير المعلم لسلوك الطفل ، واختبار الأداء

السمعي المستمر ، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال ذوي الحركة الزائدة المصحوب بقصور الانتباه كان لديهم نسبة أخطاء كثيرة ؛ ورد الفعل أكثر نحو السيطرة قبل الاستثارة الإضافية ، وعند توفير الاستثارة الإضافية اقترب أداء الأطفال نحو السيطرة أكثر ، وكلما كانت الاستثارة أبطأ كانت السيطرة أكثر .

وفي دراسة أنجيلو وفولب وديبرنا وجوريسكو ونيبرغ (Angello, Volpe, Diperna, Gureasko-Moore and Nebrig, 2003) والتي هدفت إلى مراجعة أفضل وأقوى المقاييس المنشورة المعنية بتشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة . قدمت الدراسة شرحاً مفصلاً لاستخدامات كل مقياس موضحة نقاط القوة والضعف ومعايير التطبيق . من المقاييس التي أوردتها الدراسة شائعة الاستخدام وتتسم بدرجة عالية من الصدق والثبات: مقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة الرابع (Dupal , etal ,1998) : ADHD Rating Scale-IV ، وقائمة تقدير كونر (CRS-R; Conners,1997)، ومقياس تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADDES-;McCarney,1995).

تعقيب على الدراسات السابقة :

بعد استعراض الدراسات السابقة يمكن أن نخلص إلى مجموعة من الملاحظات هي :

– أوضحت نتائج بعض الدراسات (DuPaul, Jitendra , Tresco, Junod , Volpe & Lutz, 2006, Dupaul,1991) أن الاعتماد على تقديرات وملاحظات المعلمين يعتبر من المصادر الأساسية للتشخيص العيادي لذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة، مما يعطي الباحث نوعاً من الطمأنينة لإعداد استمارة ملاحظة لأعراض اضطراب الانتباه والحركة

الزائدة بالاعتماد على تقديرات المعلم، إضافة إلى المقياس المستخدم في الدراسة والذي سيتم تطبيقه على الطلبة أنفسهم.

– تبين أن هناك تبايناً واضحاً في نسب الانتشار لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ويمكن أن يرد ذلك إلى عدة أمور من أهمها حجم العينة وتغير المعايير المستخدمة للتشخيص، وذلك يبرر أهمية إجراء هذه الدراسة .

– أكدت العديد من الدراسات على العلاقة بين قصور الانتباه والحركة الزائدة وأساليب المعاملة الوالدية ؛ ويتضح ذلك في دراسة كل من ودورد وآخرين Wood Word & Others (1998) التي أظهرت أن آباء الأطفال ذوي الحركة الزائدة كانوا أقل قدرة علي إشباع الحاجات الأساسية لأطفالهم ؛ وأقل كفاءة في استخدام استراتيجيات فعالة لمواجهة السلوك السيئ لأطفالهم أجريت معظم الدراسات العربية والأجنبية علي عينات من الأطفال ؛ تراوحت أعمارهم ما بين 4–14 عاما.

أما من حيث الأدوات المستخدمة في التشخيص فقد استخدمت معظم الدراسات استمارة بيانات أولية ؛ بطاقات الملاحظة ؛ المقابلات الشخصية للأطفال والوالدين ؛ مقياس تقدير المعلمين والوالدين لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ؛ مقياس تقدير سلوك الطفل ؛ استمارة التقييم النفسي للطفل ، اختبار لتقييم ذكاء الطفل ؛ مقياس تقدير المعلمين والوالدين لصعوبات المهارات الاجتماعية ؛ وأغلب الدراسات اعتمدت في تشخيص هذا الاضطراب علي الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية الرابع (DSM-IV) .

أكدت العديد من الدراسات أن الاكتشاف والتشخيص المبكر للأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة يتيح الفرصة للتخفيف من حدة الاضطراب ، واكتساب المهارات المدرسية بشكل أكثر فعالية ، ومنها: (Phillips,2000؛ Greenson,2001؛ Sahloul,2004) .

وتوصلت العديد من الدراسات إلى أن معظم الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة الزائدة يعانون من الاندفاعية ؛ ومشكلات سلوكية ؛ وقلق ؛ وعدم القدرة علي التوافق النفسي ؛ ورغبة في السيطرة ؛ وتأخر في المستوي الأكاديمي؛ ومستوي الذاكرة ؛ بالإضافة إلى اضطرابات النطق واللغة والكلام ؛ واضطرابات نفسية ؛ وصعوبات اجتماعية وانفعالية ، وانخفاض مفهوم الذات ؛ وعدم الوعي بالمشاعر ؛ وهذه الدراسات هي: (Bain & Pelletier,1999 ؛ Stormont & Zentall, 1999؛ الدردير (1999)؛ Bonnev,2000 ؛ Raslan & Abdelaziz,2000 ؛ Cohen et al.,2000 ؛ Pisecco et al., 2001؛ Zentall,2001؛ Smucker et al., 2001؛ Edwards,2002؛ Miranda et al., 2002؛ kutcher et al., 2004؛ Booth et al., 2005؛ الخولي (2003) ؛ Rudolph,2005؛ النجار(2005) ؛ Barke et al., 2006؛ Jeffrey et al., 2006 ؛ David,2008)

توصلت بعض الدراسات أن اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة يؤثر علي أفراد الأسرة بسبب طول فترة علاج هذا الاضطراب ؛ وكثرة التردد علي مراكز العلاج ؛ وتدني المستوي الأكاديمي للطفل ؛ ومشكلة الحركة الزائدة ؛ وتكلفة العلاج ؛ وخجل الأسرة من نظرة المجتمع ؛ وإهمال بقية الأخوة العاديين ، مثل دراسة سحلول Sahloul (2004) .

ولعل من أكثر الأمور الجديرة بالذكر ندرة مصادر المعلومات النظرية والتطبيقية في مجال اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في الوطن العربي وافتقار ميدان التربية الخاصة إلى أدوات القياس المناسبة. وقد لاحظ الباحث ندرة الدراسات المسحية العربية في مختلف مجالات التربية الخاصة، كما أن معظم الدراسات العربية التي تعرضت إلى اضطراب قصور الانتباه و الحركة الزائدة تركزت في معظمها على تقديم برامج علاجية لخفض الحركة الزائدة لدى الأطفال، ومن وجهة نظر الباحث بعد اطلاعه على الدراسات المسحية القليلة التي تطرقت إلى

نسب انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وجد أنها اقتصرت على عينات محدودة لأفراد الدراسة تم الوصول إليهم من خلال مراجعي العيادات النفسية في المستشفيات، في حين أن الدراسة الحالية شملت عينة ممثلة من مجتمع الدراسة في الميدان المدرسي من جميع المناطق التعليمية. ومن هنا يأمل الباحث أن يكون جهده في إتمام هذا البحث إسهاماً متواضعاً في إضافة معرفة جديدة إلى الميدان التربوي بشكل عام والتربية الخاصة بشكل خاص.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

هدفت الدراسة إلى تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية بدولة الامارات العربية المتحدة وعلاقته ببعض المتغيرات التي شملت: الجنس، الصف الدراسي والموقع الجغرافي. ويتناول هذا الفصل وصفا لمجتمع الدراسة وأفراد العينة، وأداة الدراسة وإجراءات التحقق من معاملات الصدق والثبات لهـا، وإجـراءات الدراسة، والمعالجات الاحصائية المستخدمة في تحليل البيانات واستخراج النتائج.

مجتمع الدراسة :

اشتمل مجتمع الدراسة على جميع طلبة المرحلة الابتدائية (من الصف الأول و حتـى الصف الخامس الأساسي) في المدارس الحكومية التابعة لوزارة التربية والتعليم بدولة الإمارات العربية المتحدة للعام الدراسي (2009/2008). وقد بلغ عدد الطلبة المسجلين في تلك الصفوف (90294) طالباً وطالبة موزعين على (10) مناطق تعليمية. ويوضح الجدول رقم (1) توزيع أفراد مجتمع الدراسة من الذكور والإناث على المناطق التعليمية.

جدول رقم (1)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة من الذكور والإناث على المناطق التعليمية

المنطقة التعليمية	ذكور	إناث	المجموع
أبو ظبي	9526	10715	20241
العين	8421	9602	18023
الغربية	1984	2296	4280
دبي	3901	4970	8871
الشارقة	4448	4406	8854
مكتب الشارقة	2550	2614	5164
عجمان	2367	2529	4896
أم القوين	957	957	1914
الفجيرة	3460	3854	7314
رأس الخيمة	5606	5131	10737
المجموع الكلي	43220	47074	90294

عينة الدراسة:

لقد تم اختيار عينة عشوائية طبقية تمثل مجتمع الدراسة، حيث قسم مجتمع الدراسة إلى عشر مناطق تعليمية، وقد تم الاختيار عشوائيا بواقع مدرستين من كل منطقة تعليمية بواقع مدرسة للذكور ومدرسة للإناث من مناطق دبى، رأس الخيمة، عجمان، الغربية، أم القوين، الشارقة، والفجيرة، وبالنسبة للمناطق التعليمية ذات الكثافة السكانية المرتفعة فقد تم اختيار مدرستين للذكور ومدرستين للإناث من مناطق العين، أبوظبى، ومكتب الشارقة، وذلك بالنسبة للصفوف من الأول وحتى الخامس الأساسي.

وعلى أن يكون عدد الطلبة في تلك المدارس مكافئا لنسبة تمثيل عدد الطلبة في عينة الدراسة، حيث تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية من (ن= 3078) طالبا وطالبة، أي تمثل مانسبته (3.4%) من مجتمع الدراسة، ويوضح الجدول رقم (2) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا للمنطقة التعليمية والجنس والصف الدراسي.

جدول رقم (2)

توزيع أفراد العينة على المناطق التعليمية في ضوء الجنس والصف الدراسي

المنطقة التعليمية	الأول		الثاني		الثالث		الرابع		الخامس		المجموع		
	ذ	ث	ذ	ث	ذ	ث	ذ	ث	ذ	ث	ذ	ث	مج
أبو ظبي	53	62	71	67	63	69	73	71	75	75	335	344	679
الغربية	24	23	22	24	23	23	21	26	22	27	112	123	235
العين	35	45	53	39	38	48	42	48	44	48	212	228	440
دبي	24	20	17	18	21	20	20	22	17	18	99	98	197
رأس الخيمة	22	22	24	23	21	22	22	24	24	23	113	114	227
عجمان	24	23	22	21	23	22	21	23	22	24	112	113	225
أم القوين	23	24	21	22	22	25	23	23	24	24	113	118	231
الشارقة	23	23	23	21	19	22	21	23	21	24	107	113	220
مكتب الشارقة	31	41	48	42	36	47	42	39	40	42	197	209	406
الفجيرة	23	21	21	23	22	20	23	19	24	22	113	105	218
المجموع الكلي لأفراد العينة											1513	1565	3078

أداة الدراسة:

مقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة المطور (تعريب: الباحث)

هدف المقياس :

يهدف المقياس إلى تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة الحلقة الأولى والتي تضم الصفوف من الأول وحتى الخامس الأساسي في دولة الإمارات العربية المتحدة، وفق الأساس النظري في تشخيص هذا الاضطراب والذي اعتمده معدو المقياس في صورته الأجنبية والمتمثل في مجموعة من المحكات الأساسية وهي (قصور الانتباه، النشاط الزائد– انخفاض الدافعية) والمستمدة من معايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة المعدلة والذي أصدرته الجمعية النفسية الأمريكية (APA,2000).

اطلع الباحث على العديد من المقاييس ذات الصلة بموضوع الدراسة مثل: مقياس اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة الرابع :ADHD Rating Scale–IV وقائمة تقدير كونر (CRS–R; Conners,1997) ، ومقياس تشخيص اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة (ADDES–;McCarney,1995)

وقد تم الاتفاق على اختيار مقياس قصور الانتباه وفرط الحركة (الدليل التشخيصى الإحصائي الرابع– الطبعة المعدلة – للجمعية النفسية الأمريكية (ADHD Rating Scale–IV) لتعريبه وتعديله بما يتناسب والبيئة الاماراتية من خلال التوصل إلى دلالات الصدق والثبات. وقد قام بإعداده في صورته الأصلية كل من دوبال و بور و اناستوبولوس ورايد (DuPaul G., Power T., Anastopoulos A., & Reid R., 1998) والذي تم أعداده خلال ثلاث سنوات من الجهود مما أكسبه قوة وثقة نسبة كبيرة من

العياديين والتربويين لاستخدامه في تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في العديد من الدراسات السابقة والتي تم عرضها في الفصل الثاني من فصول الدراسة.

ويتكون المقياس من (18) فقرة (المقياس في صورته الأجنبية، ملحق رقم 1)، تقيس الفقرات الفردية نمط قصور الانتباه، والفقرات الزوجية نمط الحركة الزائدة والإندفاعية، أما النمط المزدوج قصور الانتباه والحركة الزائدة فيتم حسابه لمن يحصل على (6) أعراض في كل من النمط الأول و(6) أعراض في النمط الثاني، ويتم توزيع الاستجابات على المقياس من خلال توزيع ليكرت الرباعى (نادراً، أحياناً، غالباً، دائماً)، أنظر المقياس في صورته الأولية المعربة (ملحق – رقم 2).

وقد سارت خطوات تعريب وتطوير المقياس على النحو التالي:

اجراءات صدق وثبات المقياس :

أولاً: صدق المقياس:

1. صدق المحتوى (المحكمين):

تم عرض المقياس بعد أن قام الباحث بتعريبه وإعداده في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (10) من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات (ملحق رقم 4)، ومـــن المختصين في مجال التربية الخاصة في وزارة التربية والتعليم بدولة الامارات العربية المتحدة، وذلك بهدف التحقق من صحة تعريب المقياس وملاءمة مفرداته للأطفال في البيئـــة الإماراتيـــة وتحقيق الهدف الذي وضع من أجله.

وفي ضوء آراء المحكمين فقد بلغت نسبة اتفاق المحكمين على بقـاء جميـع فقـرات المقياس (100%) كونها مطابقة لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضـطرابات العقليـة الرابع (DSM–IV)، الا أنه قد تم تعديل صياغة بعض الفقرات، والجدول رقم (3) يوضح فقرات المقياس قبل وبعد التعديل.

جدول رقم (3)

فقرات مقياس قصور الانتباه والحركة الزائدة قبل وبعد التعديل في صورته العربية

م	الفقرات قبل التعديل	الفقرات بعد التعديل
1	يفشل في إظهار الانتباه ويرتكب أخطاءا تعكس عدم المبالاة عند أدائه المهام الدراسية	يرتكب أخطاءا في المهام المدرسية تعكس اللامبالاة وعدم الانتباه.
2	كثير التململ ويلعب بيديه أو قدميه أثناء جلوسه على المقعد	كثير التململ وغير مستقر في الجلوس على المقعد .
3	يواجه صعوبة بإظهار الانتباه خلال تنفيذه للمهام أو الأنشطة المطلوبة.	يصعب عليه الانتباه أثناء تنفيذ المهام المدرسية.
4	يغادر مقعده داخل الصف أو في الأماكن الأخرى التي تستدعي جلوسه	يترك مقعده ويتحرك داخل الصف بدون سبب.
5	يبدو غير مصغ حين يوجه له الحديث	لا ينصت باهتمام لحديث الآخرين.
6	يركض ويتسلق على الأشياء بشكل مبالغ فيه في حالات غير ملائمة	يركض في المكان بشكل مبالغ فيه دون أن يطلب منه.
7	لا يستجيب للتعليمات ويفشل في إنهاء المهمات	لا يستجيب لتعليمات المعلم.
8	يواجه صعوبة باللعب المنظم أو الانضمام بهدوء للنشاطات الجماعية دونما إحداث فوضى	يواجه صعوبة باللعب المنظم مع الجماعة.
9	يواجه صعوبة في تنظيم المهمات والأنشطة	يواجه صعوبة في تنظيم المهمات والأنشطة المكلف بها.

10	يتحرك ويتنقل كثيرا داخل غرفة الصف	يتنقل من مكان إلى آخر داخل الصف.
11	يتجنب المشاركة في المهام (المدرسية أو الواجبات المنزلية)التي تتطلب جهدا ذهنيا	يتجنب المشاركة في المهام (المدرسية أو الواجبات المنزلية)التي تحتاج إلى تفكير.
12	يتحدث بإفراط	كثير الكلام.
13	يفقد الأشياء الضرورية والمرتبطة بالمهام والأنشطة(مثل الأقلام، الكتب...)	يفقد الأشياء الضرورية والمرتبطة بالمهام والأنشطة(مثل الأقلام، الكتب...).
14	يندفع بالإجابة عن الأسئلة قبل الانتهاء من السؤال	يندفع بالإجابة عن السؤال قبل الانتهاء من سماعه.
15	يتشتت انتباهه بسهولة	يتشتت انتباهه بسهولة.
16	يواجه صعوبة في انتظار دوره	لا ينتظر دوره في اللعب مع الأقران.
17	ينسى ما يطلب منه من نشاطات يومية	ينسى أداء الأنشطة والواجبات المنزلية المكلف بها.
18	يقاطع الآخرين ويتدخل في شؤونهم.	يقاطع الآخرين أثناء حديثهم معه.

2. الاتساق الداخلي

طبق المقياس على عينة قوامها (408) طلاب وطالبات في الصفوف من الأول وحتى الخامس الأساسي، (212) من الذكور، و (196) من الإناث، تم اختيارهم عشوائيا من طلبة مدارس التعليم الأساسي وبواقع مدرسة للذكور ومدرسة للاناث في كل من إمارتي دبي وأبوظبي، ومن خارج عينة الدراسة. والجدول (4) يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية على المدارس التى أُختيروا منها.

جدول رقم (4)

توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية على المدارس التى أُختيروا منها

المدرسة والمنطقة التعليمية	الأول	الثانى	الثالث	الرابع	الخامس	المجموع
المزدلفة (إناث) أبوظبى	19	20	19	20	20	98
الوليد بن عبد الملك (ذكور) أبوظبى	16	26	22	25	24	113
سلطان العويس (ذكور) دبى	24	17	21	20	17	99
السعادة (إناث) دبى	20	18	20	22	18	98
المجموع الكلى	79	81	82	87	79	408

وقد تم إيجاد الاتساق الداخلى على النحو التالي:

تم إيجاد معاملات الارتبط بين الفقرات في كل بعد من الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وبين الفقرات ككل والدرجة الكلية، وبين الأبعاد بعضها البعض و الدرجة الكلية للمقياس، كما يلى:

أ : بالنسبة لعينة الذكور (ن = 212)

1. معاملات الارتباط بالنسبة لفقرات البعد الاول قصور الانتباه مع الدرجة الكلية للبعد تراوحت ما بين (0.547 : 0.836). دالة جميعها عند مستوى دلالة (0.01).

2. معاملات الارتباط بالنسبة لفقرات البعد الثاني الحركة الزائدة مع الدرجة الكلية للبعد تراوحت ما بين (0.458 : 0.876). دالة جميعها عند مستوى دلالة (0.01).

3. معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس :

تراوحت معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس بالنسبة لعينة الذكور كاملة ما بين (0.413 : 0.841)، وجميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (0.01).

4. معاملات ارتباط ابعاد المقياس مع بعضها بعضا ومع الدرجة الكلية للمقياس، كما يوضحها الجدول رقم (5).

جدول رقم (5)

معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس بعضها بعضا ومع الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	قصور الانتباه	النشاط الزائد	ADHD
قصور الانتباه	1−	**0.754	**0.947
النشاط الزائد		1−	**0.926
ADHD			1−

** : مستوى الدلالة (0.01)

ب : بالنسبة لعينة الإناث (ن = 196)

1. معاملات الارتباط بالنسبة لفقرات البعد الأول قصور الانتباه مع الدرجة الكلية للبعد تراوحت ما بين (0.786 : 0.927). دالة جميعها عند مستوى دلالة (0.01).

2. معاملات الارتباط بالنسبة لفقرات البعد الثاني الحركة الزائدة مع الدرجة الكلية للبعد تراوحت ما بين (0.618 : 0.894). دالة جميعها عند مستوى دلالة (0.01).

3. معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس :

تراوحت معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس بالنسبة إلى عينة الاناث كاملة ما بين (0.473 : 0.879)، وجميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (0.01).

4. معاملات ارتباط ابعاد المقياس مع بعضها بعضا ومع الدرجة الكلية للمقياس، كما يوضحها الجدول رقم (6).

جدول رقم (6)

معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس بعضها بعضا ومع الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	قصور الانتباه	النشاط الزائد	ADHD
قصور الانتباه	1،−	0.754**	0.926**
النشاط الزائد		1،−	0.947**
ADHD			1،−

** : مستوى الدلالة 0,01

ثانيا : ثبات المقياس

تم التحقق من ثبات المقياس من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (408) طلاب وطالبات في الصفوف من الاول وحتى الخامس الأساسي (212) من الذكور، و(196) من الإناث، تم اختيارهم عشوائيا من طلبة مدارس التعليم الأساسي وبواقع مدرسة للذكور ومدرسة للإناث في كل من امارتي دبى وأبوظبي (جدول-4)، وتم التحقق من ثبات

المقياس بالطرق التالية: ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا، ثبات المقياس باستخدام التجزئة النصفية، ثبات المصححين، وكانت النتائج كما يلى :

أولاً : بالنسبة لعينة الذكور (212)

1 – معامل الفا للثبات للمقياس ككل = 0,9269

– معامل الفا للثبات لكل صف على حدة :

- الاول : ن = 34 ، الفا 0.8164
- الثاني : ن = 38 ، الفا 0.8648
- الثالث : ن = 44 ، الفا 0.8417
- الرابع : ن = 48 ، الفا 0.8654
- الخامس : ن = 48 ، الفا 0.8484

2– التجزئة النصفية – معادلة جتمان

- معامل ثبات النصف الأول = 0.9439
- معامل ثبات النصف الثاني = 0.9169

3– معامل ثبات المصححين لمعلمي اللغة العربية واللغة الإنجليزية

حيث تم ايجاد معاملات الارتباط بين المصححين: (تقديرات معلمي اللغة العربية وتقديرات معلمي اللغة الإنجليزية) وكانت النتائج كما يلي:

- الصف الأول : 0,9521

- الصف الثانى : 0,8864
- الصف الثالث : 0,7869
- الصف الرابع : 0,8543
- الصف الخامس : 0,9123

ثانيا : بالنسبة لعينة الإناث (ن = 196)

1 – معامل الفا للثبات للمقياس = 0,9488

– معامل الفا للثبات لكل صف على حدة :

- الاول : ن = 34 ، الفا 0,8526
- الثاني : ن = 38 ، الفا 0,8870
- الثالث : ن = 44 ، الفا 0,8579
- الرابع : ن = 48 ، الفا 0,8763
- الخامس : ن = 48 ، الفا 0,8992

2– التجزئة النصفية – معادلة جتمان

- معامل ثبات النصف الأول = 0,9512
- معامل ثبات النصف الثاني = 0,9265

3- معامل ثبات المصححين لمعلمى اللغة العربية واللغة الإنجليزية:

حيث تم ايجاد معاملات الارتباط بين المصححين: (تقديرات معلمي اللغة العربية وتقديرات معلمي اللغة الانجليزية) وكانت النتائج كالتالي للإناث:

- الصف الأول : 0,94332
- الصف الثانى : 0,9345
- الصف الثالث : 0,9087
- الصف الرابع : 0,8976
- الصف الخامس : 0,9458

تطبيق المقياس وتصحيحه :

- يقوم بتطبيق المقياس (المقياس في صورته النهائية، ملحق رقم-3) -من خلال الاستجابة على الفقرات- معلم الصف الدراسي والذى أمضى مدة في التدريس والتعامل مع الطلبة من أفراد العينة مدة لا تقل عن ستة أشهر.
- يتضمن مقياس اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة المطور في صورته العربية (3) أبعاد رئيسة يتم التعبير عنها بأنماط الاضطراب وهي: نمط قصور الانتباه ونمط الحركة الزائدة-الاندفاعية والنمط المزدوج قصور الانتباه والحركة الزائدة. ويتكون المقياس من (18) فقرة ضمن اربعة تقديرات تمثل: نادرا، أحيانا، غالبا، دائما.

- يطلب من المعلم اختيار التقدير المناسب لكل فقرة من فقــرات المقيــاس بنــاءً علــى ملاحظته لسلوك الطالب منذ بداية العام الدراسي(على الاقل ستة أشهر)، وذلــك بعــد تعبئة المعلومات الشخصية عن الطالب، مع ضرورة اختيار التقدير المناسب لجميع الفقرات.
- تم ترتيب فقرات المقياس بحيث تعبر الفقرات الفردية عن نمط قصور الانتباه فيما تعبر الفقرات الزوجية عن نمط الحركة الزائدة–الاندفاعية، وفقاً لتعليمات المقياس في صورته الأصلية.
- يعتبر المظهر السلوكي لكل فقرة موجودا عند الطالب إذا كان تقدير المعلم غالبا أو دائما في حين أن اختيار المعلم للتقدير نادرا أو أحيانا يعني عدم وجــود المظهــر الــسلوكي للطالب.
- يتم تشخيص الطالب أن لديه أحد أنماط الاضطراب كالتالي:
  - ظهور ستة أعراض سلوكية من الفقرات الفردية تعني أن الطالب لديه اضــطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة: نمط قصور الانتباه
  - ظهور ستة أعراض سلوكية من الفقرات الزوجية تعني أن الطالب لديه اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة: نمط الحركة الزائدة–الاندفاعية
  - ظهور ستة أعراض من الفقرات الفردية وستة أعراض من الفقرات الزوجية تعني أن الطالب لديه: اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة: النمط المزدوج.

إجراءات الدراسة :

اتبعت الدراسة الإجراءات التالية :

أولاً : قام الباحث بإعداد خطة زمنية تم تطبيقها خــلال الفتــرة مــن أكتــوبر (2008) إلــى فبراير(2009) تهدف إلى نشر التوعية حول اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة بين أوساط المعلمين في مدارس الحلقة الأولى على مستوى دولة الامارات العربية المتحــدة، وذلك من خلال تقديم محاضرات تعريفيــة بالاضــطراب ومظــاهره وطــرق الكــشف والتشخيص واساليب التعامل مع الطلبة الذين لديهم هذه المظاهر بواقع (22) محاضــرة، وبواقع محاضرتين في كل منطقة تعليمية، إحداهما فى مدرسة للــذكور والآخــرى فــي مدرسة للإناث، وكانت مدة المحاضرة الواحدة (ساعتين)، وقــد اســتهدفت المحاضــرات المعلمين والمعلمات في المدارس التي تم اختيارها عشوائيا لتطبيق الدراسة على طلبتهــا. حيث قام الباحث من خلال مهامه الوظيفية بتقديم هذه المحاضرات. كما تم تنظيم ندوتين ضمت كل منها مختصين في التربية الخاصة كان الباحث منهم استهدفت معلمين وأوليــاء أمور وتربويين ميدانيين للتعريف باضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، وقــد عقــدت الأولى في مدينة العين والثانية في دبي.

ثانيا: تعريب مقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة، والتحقق من معاملات الــصدق والثبات للمقياس على عينة استطلاعية من طلبة الحلقة الأولى بدولة الإمــارات العربيــة المتحدة، وفق ما تم توضيحه سابقا. .

ثالثا: قام الباحث بعقد اجتماع لموجهي التربية الخاصة على مستوى المناطق التعليمية خلال شهر ابريل (2009) تمهيدا للبدء في إجراءات تطبيق أداة الدراسة، حيث تم شرح الهدف مــن

المقياس والأبعاد والفقرات التي يتضمنها والصفات التي يجب توافرها في المعلمين الـذين ستتم الاستعانة بهم لتطبيق المقياس على طلبتهم من حيث أن لا تقل مـدة تعـاملهم مـع الطالب عن ستة أشهر وفقا لمتطلبات الدليل التشخيصي الإحصائي الذي تم الاستناد اليـه لبناء المقياس في صورته الأصلية، وذلك على الرغم من المحاضرات التى قدمها الباحث للمعلمين، والهدف من ذلك محاولة ضبط كل الأمور الخاصة بتطبيق المقياس.

رابعاً: تم تعميم المقياس على جميع المدارس التي تم اختيارها عشوائيا مـن قبـل لتطبيـق أداة الدراسة، وتم التطبيق للأداة خلال شهرى مايو ويونيو (2009)، وتم الطلب من مـوجهي التربية الخاصة بمتابعة التطبيق في المدارس المعنية وفقا لما تم شرحه في الاجتماع وقـد أبدى الجميع تعاونا ملحوظا لتنفيذ هذه المهمة.

خامساً: قام الباحث بزيارات ميدانية لثلاث مناطق تعليمية للتأكد من سلامة تطبيق الاجـراءات وهي: منطقة رأس الخيمة التعليمية ومنطقة عجمان التعليمية ومنطقة الفجيرة التعليمية.

سادساً: مرحلة تطبيق المقياس :

قام معلم اللغة العربية أو معلم اللغة الانجليزية (تم اختيار معلم اللغة العربية أو الإنجليزية لأنهما الأكثر دخولاً إلى غرفة الصف الدراسى والتدريس للطلبة) في كـل مدرسـة تـم اختيارها بتطبيق مقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة على كل طالب أو طالبة من الصف الأول وحتى الخامس بواقع صف دراسي على الأقل لكل مستوى صـفي فـي مدارس العينة، ويشترط أن يكون قد تعامل المعلم أو المعلمة مع الطالب لمدة ستة أشـهر على الأقل.

سابعاً: بعد جمع البيانات المكتملة قام الباحث بتصحيح المقياس ورصد البيانات لتحليلها إحصائيا باستخدام المعالجات الإحصائية المناسبة والوصول إلى نتائج الدراسة.

ثامناً: أخيرا قام الباحث بمناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظـــري والدراســـات السابقة ومن ثم تم إدراج بعض التوصيات التربوية في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها واقتراح بعض الدراسات الميدانية ذات الصلة..

منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة استخدام المنهج الوصفي المقارن من خلال إجراء دراسة مسحية لدى عينة ممثلة من طلبة المرحلة الابتدائية بدولة الإمارات العربيـــة المتحـــدة باســـتخدام مقيـــاس لتشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة يطبق على الطلبة من قبل المعلمين الـــذين أمضوا مدة لا تقل عن ستة أشهر في تدريسهم لأفراد الدراسة من الطلبة.

متغيرات الدراسة:

- نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة
- مستوى الصف الدراسي (الأول، الثانى، الثالث، الرابع، والخامس الأساسي).
- الجنس: ذكور، إناث
- الموقع الجغرافي ويتمثل بالمنطقة التعليمية، وعددها (10) مناطق تعليمية.

المعالجة الإحصائية :

للإجابة عن تساؤلات الدراسة اعتمدت الدراسة لمعالجة البيانات التـــي يـــتم الحـــصول عليها على:

- للإجابة عن السؤال الأول من أسئلة الدراسة فقد تم استخدام التكرارات والنسب المئوية وإختبار – ت للعينة الأحادية One Sample T Test (فحص T للعينة الأحادية).
- للإجابة عن السؤال الثاني فقد تم استخدام مصفوفة الجداول المتقاطعة –Cross Tabulation Matrix للمناطق وعلاقتها بالمتغيرات الثلاثة لمقياس تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة أو للبعدين معا.
- للإجابة عن السؤال الثالث فقد تم استخدام أسلوب Independent Sample T Test (فحص T للعينات المستقلة).
- للإجابة عن السؤال الرابع فقد تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي بين المجموعات متبوعا باختبار توكي للمقارنات المتعددة One –Way between groups ANOVA with Post–hoc tests .
- للإجابة عن السؤال الخامس فقد تم استخدام معامل الارتباط بيرسون.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية بدولة الامارات العربية المتحدة وتحديد نسبة الانتشار بين الطلبة والنمط السائد لديهم وطبيعة اختلاف نسبة الانتشار باختلاف جنس الطالب والمنطقة التعليمية والصف الدراسي، ويتناول هذا الفصل نتائج الدراسة التي تم التوصل إليها من جراء تحليل البيانات ومعالجتها إحصائيا في محاولة للاجابة عن تساؤلات الدراسة، وقد سار عرض النتائج على النحو التإلى:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول، والذى ينص على:

ما نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية في دولة الامارات العربية المتحدة؟

للإجابة عن هذا السؤال فقد تم استخدام الاحصاء الوصفي عبر التكرارات والنسب المئوية كما هو واضح بجدول رقم (7).

جدول رقم (7)

نسب انتشار أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الامارات العربية المتحدة

النمط	عدد الحالات المشخصة	نسبة الانتشار
نمط قصور الانتباه	225	**8.3%**
نمط الحركة الزائدة-الاندفاعية	146	**4.7%**
النمط المزدوج	159	**5.2%**

تبين أن النمط السائد بين أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الامارات العربية المتحدة هو نمط قصور الانتباه والذي سجل نسبة عامة قدرت ب (8.3%)، يليه النمط المزدوج بنسبة (5.2%) واخيرا نمط الحركة الزائدة- الاندفاعية بنسبة (4.7%) .

وللتأكد من وجود اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بأنماطه الثلاثة بنتيجة دالة احصائيا فقد تم استخدام إختبار – ت للعينة الأحادية One Sample T Test (فحص T للعينة الأحادية) عند القيمة (0.061) وهو المتوسط الحسابي للمتوسطات الحسابية للأنماط الثلاثة للاضطراب وحسب ما هو مشار إليه في الجدول رقم (8).

جدول رقم (8)

يوضح الاحصاءات الوصفية لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الامارات العربية المتحدة

	قصور الانتباه	الحركة الزائدة	النمط المزدوج (ADHD)
عدد الحالات	3078	3078	3078
المتوسط	0.0828	.0474	.0517
الانحراف المعياري	.27569	.21260	.22137
المتوسط الكلي	0.061		

وتشير النتائج المشار إليها في الجدول رقم (9) إلى وجود اضطرابات تتعلق بنمط قصور الانتباه، ونمط الحركة الزائدة-الاندفاعية والنمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية في دولة الإمارات العربية المتحدة وهى ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من (0.05) ، حيث إن قيمة (t)

لقصور الانتباه تساوي (4.396, P = 0.00 < 0.01) وان الفرق بين المتوسط العـــام (0.061) والمتوسط الحسابي لنمط قصور الانتباه قيمة موجبة (0.02185) وأن قيمة (t) لــنمط الحركـــة الزائدة–الاندفاعية تساوي (-3.540, P = 0.00 < 0.01) وان الفــرق بــين المتوســـط العــام والمتوسط الحسابي لنمط الحركة الزائدة–لاندفاعية قيمة سالبة (-0.01357) وأن قيمة (t) للنمط المزدوج تساوي (-2.342, P = 0.019 < 0.05) ولكنه أقل من قيمة المتوسط العام حيث أن الفرق بين المتوسط الحسابي للخاصيتين معا ومعامل الفحص (Value Test) قيمـــة ســـالبة (-0.00934).

جدول (9)

يوضح دلالة الفروق بين الأنماط لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الامارات العربية المتحدة باستخدام اختبار –ت

الأنماط	Test Value = 0.061			
	متوسط الفروق	د.ح	قيمة ت	مستوى الدلالة
قصور الانتباه	.02185	3077	4.396	.000
الحركة الزائدة	-.01357	3077	-3.540	**.000**
النمط المزدوج	-.00934	3077	-2.342	.019

النتائج المتعلقة بالسؤال الثانى ، والذى ينص على :

هل تختلف أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائيـــة في دولة الإمارات العربية المتحدة باختلاف المنطقة التعليمية؟

للإجابة عن هذا السؤال فقد تم تحليل النتائج : أولا برصد الاختلافات حسب نسب الانتشار بين المناطق التعليمية، وقد تم استخدام مصفوفة الجداول المتقاطعة (Cross-Tabulation Matrix) لهذا الغرض. ثانيا: برصد الاختلافات والفروق بين أنماط اضطراب قصور الانتباه فيما بين المناطق التعليمية، وقد تم استخدام أسلوب تحليل التباين الاحادي بين المجموعات

متبوعا باختبار توكي للمقارنات المتعددة (One –Way between groups ANOVA with Post-hoc tests) .

أولا: الاختلافات حسب نسب الانتشار بين المناطق التعليمية :

للإجابة عن هذه الجزئية من السؤال الثاني فقد تم استخدام مصفوفة الجداول المتقاطعة Cross-Tabulation Matrix للمناطق وعلاقتها بالمتغيرات الثلاثة (الأنماط الثلاثة) لمقياس تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة.

جدول (10)

مصفوفة الجداول المتقاطعة لنمط قصور الانتباه لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المناطق التعليمية المختلفة

المنطقة		نمط قصور الانتباه		المجموع
		طلبة ليس لديهم نمط قصور الانتباه	طلبة لديهم نمط قصور الانتباه	
أبوظبى	عدد	636	41	677
% داخل المنطقة	% داخل المنطقة	93.9%	6.1%	100%
دبي	عدد	171	26	197
	% داخل المنطقة	86.8%	13.2%	100%
مكتب الشارقة	عدد	368	40	408
	% داخل المنطقة	90.2%	9.8%	100%
العين	عدد	401	39	440
	% داخل المنطقة	91.1%	8.9%	100%
رأس الخيمة	عدد	210	17	227
	% داخل المنطقة	92.5%	7.5%	100%
عجمان	عدد	194	31	225
	% داخل المنطقة	86.2%	13.8%	100%
أم القيوين	عدد	224	7	231
	% داخل المنطقة	97.0%	3.0%	100%

الشارقة	**عدد**	202	18	220
	% داخل المنطقة	91.8%	8.2%	100%
الفجيرة	**عدد**	204	14	218
	% داخل المنطقة	93.6%	6.4%	100%
المنطقة الغربية	**عدد**	213	22	235
	% داخل المنطقة	90.6%	9.4%	100%
المجموع الكلي	**عدد**	2823	255	3078
	% داخل المنطقة	91.7%	8.3%	100%

بالنسبة لاختلافات نسب الانتشار لنمط قصور الانتباه بين المناطق التعليمية يشير الجدول رقم (10) إلى أن جميع المناطق يوجد فيها قصور انتباه ولكن بنسب انتشار متفاوتة فقد سجلت أعلى نسبة قصور انتباه في منطقة عجمان التعليمية (13.8%) تليها منطقة دبي التعليمية (13.2%) ثم مكتب الشارقة التعليمي (9.8%) وأن أدنى نسبة انتشار لقصور الانتباه قد سجلت في منطقة أم القويين التعليمية (3%) يليها منطقة أبو ظبي التعليمية (6.1%) ثم منطقة الفجيرة التعليمية (6.4%) وأن قيمة مربع كاي (بيرسون) Person Chi-Square للعلاقة بين المناطق وقصور الانتباه تساوي (30.992) عند درجة حرية (9) وهى ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية اقل أو تساوي (0.05) وان (P = 0.00) وبالتإلى تؤكد وجود اختلاف في نسب الانتشار لنمط قصور الانتباه.

جدول (11)

مصفوفة الجداول المتقاطعة لنمط الحركة الزائدة-الاندفاعية لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المناطق التعليمية المختلفة

المنطقة		نمط الحركة الزائدة-الاندفاعية		المجموع
		طلبة ليس لديهم نمط الحركة الزائدة-الاندفاعية	طلبة لديهم نمط الحركة الزائدة- الاندفاعية	
أبوظبى	عدد	654	23	677
% داخل المنطقة	% داخل المنطقة	96.6%	3.4%	100%
دبي	عدد	179	18	197
	% داخل المنطقة	90.9%	9.1%	100%
مكتب الشارقة	عدد	369	39	408
	% داخل المنطقة	90.4%	9.6%	100%
العين	عدد	413	27	440
	% داخل المنطقة	93.9%	6.1%	100%
رأس الخيمة	عدد	219	8	227
	% داخل المنطقة	96.5%	3.5%	100%
عجمان	عدد	218	7	225
	% داخل المنطقة	96.9%	3.1%	100%
أم القيوين	عدد	222	9	231
	% داخل المنطقة	96.1%	3.9%	100%
الشارقة	عدد	217	3	220
	% داخل المنطقة	98.6%	1.4%	100%
الفجيرة	عدد	212	6	218
	% داخل المنطقة	97.2%	2.8%	100%
المنطقة الغربية	عدد	229	6	235
	% داخل المنطقة	97.4%	2.6%	100%
المجموع الكلي	عدد	2932	146	3078
	% داخل المنطقة	95.3%	4.7%	100%

أما بالنسبة لاختلافات نسب الانتشار لنمط الحركة الزائدة–الاندفاعية بين المناطق التعليمية يشير الجدول رقم (11) إلى أن جميع المناطق يوجد فيها هذا النمط بين طلبتها ولكن بنسب انتشار متفاوتة فقد سجلت أعلى نسبة لنمط الحركة الزائدة–الاندفاعية في منطقة مكتب الشارقة التعليمي (9.6%) تليها منطقة دبي التعليمية (9.1%) ثم منطقة العين التعليمية (6.1%) وأن أدنى نسبة انتشار لنمط الحركة الزائدة–الاندفاعية قد سجلت في منطقة الشارقة التعليمية بواقع (1.4%) يليها المنطقة الغربية (2.6%) ثم منطقة الفجيرة التعليمية بنسبة (2.8%)، وأن قيمة مربع كاي (بيرسون) Person Chi-Square للعلاقة بين المناطق لنمط الحركة الزائدة–الاندفاعية تساوي (46.370) عند درجة حرية (9) وهى ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية اقل أو تساوي (0.05) وان (P = 0.00) وبالتإلى تؤكد وجود اختلاف في نسب الانتشار لنمط الحركة الزائدة–الاندفاعية.

أما بالنسبة للنمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة فيشير الجدول (12) إلى أن جميع المناطق في دولة الإمارات العربية المتحدة يوجد فيها هذا النمط بين طلبتها ولكن ليست بنسب انتشار متفاوتة فقد سجلت أعلى نسبة انتشار للنمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في المنطقة الغربية بنسبة (7.7%) ، تليها منطقة دبي التعليمية بنسبة (7.1%) ، ثم منطقة العين التعليمية حيث وصلت نسبة الانتشار لهذا النمط إلى (6.4%) ، وأن أدنى نسبة انتشار للنمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة قد سجلت في منطقة الشارقة التعليمية بواقع (2.3%) ، تليها منطقة الفجيرة التعليمية بنسبة بلغت (3.7%) ،ثم منطقة عجمان التعليمية ونسبة الانتشار فيها وصلت (4.4%). وأن قيمة مربع كاي (بيرسون) Person Chi-Square للعلاقة بين المناطق وقصور الانتباه والحركة الزائدة معا تساوي (11.739) عند درجة حرية (9) وهي ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية اقل أو

تساوي (0.05) وان (P = 0.22) وبالتإلى تؤكد عدم وجود علاقة بين المناطق فيمـــا يتعلـــق بالنمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة .

جدول (12)

مصفوفة الجداول المتقاطعة للنمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المناطق التعليمية المختلفة

المنطقة		النمط المزدوج (ADHD)		المجموع
		طلبة ليس لديهم النمط المزدوج (ADHD)	طلبة لديهم النمط المزدوج (ADHD)	
أبوظبى	عدد	646	31	677
% داخل المنطقة	% داخل المنطقة	95.4%	4.6%	100%
دبي	عدد	183	14	197
	% داخل المنطقة	92.9%	7.1%	100%
مكتب الشارقة	عدد	388	20	408
	% داخل المنطقة	95.1%	4.9%	100%
العين	عدد	412	28	440
	% داخل المنطقة	93.6%	6.4%	100%
رأس الخيمة	عدد	216	11	227
	% داخل المنطقة	95.2%	4.8%	100%
عجمان	عدد	215	10	225
	% داخل المنطقة	95.6%	4.4%	100%
أم القيوين	عدد	217	14	231
	% داخل المنطقة	93.9%	6.1%	100%
الشارقة	عدد	215	5	220
	% داخل المنطقة	97.7%	2.3%	100%
الفجيرة	عدد	210	8	218
	% داخل المنطقة	96.3%	3.7%	100%
المنطقة الغربية	عدد	217	18	235
	% داخل المنطقة	92.3%	7.7%	100%
المجموع الكلي	عدد	2919	159	3078
	% داخل المنطقة	94.8%	5.2%	100%

وبالتإلى نخلص لنتيجة أن نسب الانتشار في نمط قصور الانتباه ، ونمـــط الحركـــة الزائـــدة- الاندفاعية متفاوتة بين مناطق الإمارات العربية المتحدة وبدلالة احصائية، إلا أن نسبة تفـــاوت الانتشار في النمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائـــدة ليـــست ذات دلالـــة إحصائية لدى طلبة المرحلة الابتدائية في مختلف مناطق الإمارات العربية المتحدة.

ثانيا: الاختلافات والفروق بين أنماط اضطراب قصور الانتباه فيما بين المناطق التعليمية:

للإجابة عن هذه الجزئية من السؤال الثاني فقد تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي بين المجموعات متبوعا باختبار توكي للمقارنات المتعددة (One –Way between groups ANOVA with Post-hoc tests). حيث تم تقسيم الإمارات إلى عشر مناطق.

جدول (13)

دلالة الفروق لأنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى أفراد العينة باختلاف المناطق التعليمية

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	ف	الدلالة
نمط قصور الانتباه (بين المجموعات)	2.355	9	.262	3.467	.000
نمط الحركة الزائدة (بين المجموعات)	2.095	9	.233	5.214	.000
النمط المزدوج (بين المجموعات)	.575	9	.064	1.305	.229

يشير الجدول رقم (13) إلى أن هناك اختلافاً بين المناطق فيما يتعلق بالنمطين: نمـــط قصور الانتباه ونمط الحركة الزائدة-الاندفاعية فقط لدى طلبة المرحلة الابتدائيـــة فـــي دولـــة الإمارات العربية المتحدة وأن قيمة (f) لنمط قصور الانتباه (F = 3.467)، بينما أظهر التحليل الاحصائي أن قيمة(f) بلغت (F = 5.214) لنمط الحركة الزائدة-الاندفاعية . وهما ذات دلالة

إحصائية عند مستوى أقل من (0.01) علما بان أعلى نسبة اختلاف لنمط قصور الانتبـــاه قــد سجلت في منطقة عجمان التعليميـــة (متوســط حــسابي = 0.1378 وبـــانحراف معيـــاري = 0.17179) تليها منطقة دبي التعليمية (متوسط حــسابي = 0.1320 وبـــانحراف معيـــاري = 0.33933) وان أدنى نسبة اختلاف لنمط قصور الانتباه قد سجلت فـــي منطقـــة أم القيـــوين (متوسط حسابي = 0.0303 وبانحراف معياري = 0.33933)، تليها منطقة ابوظبي التعليمية (متوسط حسابي = 0.0606 وبانحراف معياري = 0.0238) وحسب ما هو مبين في الجـــدول رقم (14) ومن ناحية أخرى فقد سجل أعلى اختلاف لنمط الحركة الزائدة–الاندفاعية فيما بـــين المناطق في منطقة مكتب الشارقة التعليمي (متوسط حسابي = 0.0956 وبانحراف معيـــاري = 0.29439) تليها منطقة دبي التعليمية (متوسط حــسابي = 0.0914 وبـــانحراف معيـــاري = 0.28887)، وفيما يتعلق بأدنى اختلاف لنمط الحركة الزائدة–الاندفاعية فيما بين المناطق فقــد كان في منطقة الشارقة (متوسط حسابي = 0.0136 وبانحراف معياري = 0.11624)، تليهـــا المنطقة الغربية (متوسط حسابي = 0.0255 وبانحراف معياري = 15807.).   وحسب ما هو مبين في الجدول رقم (14). أما بالنسبة للاختلافات فيما بين المناطق التعليمية للنمط المزدوج فان قيمة ف (F = 1.305)، وهي ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقـــل مـــن (0.05) وبالتإلى توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة المرحلة الابتدائية في مختلف منـــاطق الإمارات العربية المتحدة فيما يتعلق بالنمطين: نمط قصور الانتباه و ونمط الحركـــة الزائـــدة– الاندفاعية ولا توجد فروق واضحة بين المناطق فيما يتعلق بالنمط المزدوج مـــن اضـــطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة. ونظرا لعدم إمكانية معرفة مصدر هذه الفروق من خلال قيم (f) ودلالتها الإحصائية بالنسبة للنمطين : نمط قصور الانتباه ونمط الحركة الزائدة–الاندفاعية فقد تم استخراج الفروق بين المناطق من خلال استخدام المقارنات المتعددة (Tukey HSD).

وحسب ما جاء في الجداول ذات الأرقام (15، 16، 17، 18) من احصاءات فانة يمكن تلخيص هذه الجداول على النحو التإلى:

أولا: فيما يتعلق بنمط قصور الانتباه وحسب الجدول رقـــم (15) فـــإن هنـــاك ثـــلاث مجموعات من المناطق ولا توجد فروق داخل هذه المجموعات ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل أو يساوي (0.05). ولكنه توجد فروق بين المناطق (أم القيوين، أبو ظبـــي، دبـــي، عجمان) ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل أو يساوي (0.05). وحسب الجدول رقـــم (16) فإن الفروق والاختلافات لنمط قصور الانتباه في إمارة دبي وعجمان أعلى منه في أبـــو ظبي بمقدار (.07142) (0.07722) على التوإلى، بينما كانت في إمارة دبي وعجمان أعلـــى منها في إمارة أم القويين (0.10168) و (0.10747) على التوالي.

ثانيا: فيما يتعلق بالفروق والاختلافات بين المناطق التعليمية لنمط الحركـــة الزائـــدة- الاندفاعية، وحسب الجدول رقم (17) هناك ثلاث مجموعات من المناطق ولا توجد فروق داخل هذه المجموعات ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل أو يساوي (0.05) ولكنـــه توجـــد فروق بين مناطق (الشارقة، المنطقة الغربية، الفجيرة، عجمان، أبو ظبي، رأس الخيمة، دبـــي، مكتب الشارقة التعليمي) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقـــل (0.05) وحـــسب الجدول رقم (18) فان طلبة المرحلة الابتدائية في أبو ظبي أقل اندفاعية منه في دبي و مكتـــب الشارقة التعليمي بمقدار (0.05740) و(0.06161) على التوإلى وأن الاندفاعية في دبي أعلـــى منه في الشارقة والمنطقة الغربية (0.7773) و (0.6584) على التوالى. وان الاندفاعيـــة فـــي مكتب الشارقة التعليمي أعلى منه في رأس الخيمة (0.06035) و عجمان (0.06448) والفجيرة (0.06807) والشارقة (0.08195) والمنطقة الغربية (0.07006) وأن الاندفاعية لـــدى طلبـــة إمارة العين أعلى منه في أم قويين، الـــشارقة، الفجيـــرة والغربيـــة (0.05663) (0.08195)

(0.06807) (0.07006) على التوالي وفي أم القيوين أقل منه في مكتب الشارقة التعليمي (0.05663).

جدول (14)

الإحصاءات الوصفية لتحليل التباين الأحادى لأنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة لأفراد العينة طبقا للمنطقة التعليمية

نمط قصور الانتباه				
المنطقة التعليمية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
أبو ظبي	677	.0606	.23870	.00917
دبي	197	.1320	.33933	.02418
مكتب الشارقة	408	.0980	.29773	.01474
العين	440	.0886	.28454	.01356
رأس الخيمة	227	.0749	.26380	.01751
عجمان	225	.1378	.34544	.02303
أم القوين	231	.0303	.17179	.01130
الشارقة	220	.0818	.27471	.01852
الفجيرة	218	.0642	.24571	.01664
المنطقة الغربية	235	.0936	.29192	.01904
المجموع الكلي	3078	.0828	.27569	.00497
نمط الحركة الزائدة-الاندفاعية				
المنطقة التعليمية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
أبو ظبي	677	.0340	.18129	.00697
دبي	197	.0914	.28887	.02058
مكتب الشارقة	408	.0956	.29439	.01457
العين	440	.0614	.24027	.01145
رأس الخيمة	227	.0352	.18480	.01227
عجمان	225	.0311	.17401	.01160
أم القوين	231	.0390	.19392	.01276
الشارقة	220	.0136	.11624	.00784
الفجيرة	218	.0275	.16398	.01111
المنطقة الغربية	235	.0255	.15807	.01031
المجموع الكلي	3078	.0474	.21260	.00383

النمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD)				
المنطقة التعليمية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
أبو ظبي	677	.0458	.20918	.00804
دبي	197	.0711	.25759	.01835
مكتب الشارقة	408	.0490	.21617	.01070
العين	440	.0636	.24438	.01165
رأس الخيمة	227	.0485	.21521	.01428
عجمان	225	.0444	.20654	.01377
أم القيوين	231	.0606	.23912	.01573
الشارقة	220	.0227	.14937	.01007
الفجيرة	218	.0367	.18845	.01276
المنطقة الغربية	235	.0766	.26652	.01739
المجموع الكلي	3078	.0517	.22137	.00399

جدول (15)

مجموعات المناطق التعليمية المتجانسة في قصور الانتباه

المنطقة	عدد الحالات	مجموعة (1)	مجموعة (2)	مجموعة (3)
أم القيوين	231	.0303	Diff.	Diff.
أبو ظبى	677	.0606	.0606	Diff.
الفجيرة	218	.0642	.0642	.0642
رأس الخيمة	227	.0749	.0749	.0749
الشارقة	220	.0818	.0818	.0818
العين	440	.0886	.0886	.0886
المنطقة الغربية	235	.0936	.0936	.0936
مكتب الشارقة	408	.0980	.0980	.0980
دبى	197	Diff.	.1320	.1320
عجمان	225	Diff.	Diff.	.1378
الدلالة		.125	.083	.065

جدول (16)

دلالة الفروق بين المناطق التعليمية باستخدام توكى للمقارانات المتعددة لنمط قصور الانتباه

قصور الانتباه	منطقة (1)	منطقة (2)	متوسط الفروق	الخطأ المعياري	الدلالة
	أبو ظبي	دبى	-.07142(*)	.02224	.044
		عجمان	-.07722(*)	.02114	.010
	دبى	أبو ظبي	.07142(*)	.02224	.044
		أم القوين	.10168(*)	.02664	.005
	عجمان	أبوظبي	.07722(*)	.02114	.010
		أم القوين	.10747(*)	.02573	.001
	أم القوين	دبى	-.10168(*)	.02664	.005
		عجمان	-.10747(*)	.02573	.001

متوسط الفروق دال عند مستوى 0,05

جدول (17)

مجموعات المناطق التعليمية المتجانسة لنمط الحركة الزائدة-الاندفاعية

المنطقة	عدد الحالات	مجموعة (1)	مجموعة (2)
أم القوين	220	.0136	Diff.
أبو ظبى	235	.0255	Diff.
الفجيرة	218	.0275	Diff.
رأس الخيمة	225	.0311	Diff.
الشارقة	677	.0340	Diff.
العين	227	.0352	Diff.
المنطقة الغربية	231	.0390	.0390
مكتب الشارقة	440	.0614	.0614
دبى	197	Diff.	.0914
عجمان	408	Diff.	.0956
الدلالة	.220	.057	.064

جدول (18)

دلالة الفروق بين أفراد العينة في المناطق التعليمية باستخدام توكى للمقارانات المتعددة لنمط الحركة الزائدة–الاندفاعية

الحركة الزائدة	منطقة (1)	منطقة (2)	متوسط الفروق	الخطأ المعياري	الدلالة
	أبو ظبي	دبى	-.05740(*)	.01711	.028
		مكتب الشارقة	-.06161(*)	.01324	.000
	دبى	أبو ظبي	.05740(*)	.01711	.028
		الشارقة	.07773(*)	.02073	.007
		المنطقة الغربية	.06584(*)	.02041	.042
	مكتب الشارقة	أبو ظبى	.06161(*)	.01324	.000
		رأس الخيمة	.06035(*)	.01750	.020
		عجمان	.06448(*)	.01755	.009
	العين	أم القوين	.05663(*)	.01740	.038
		الشارقة	.08195(*)	.01767	.000
		الفجيرة	.06807(*)	.01773	.005
		المنطقة الغربية	.07006(*)	.01730	.002
	رأس الخيمة	مكتب الشارقة	-.06035(*)	.01750	.020
	عجمان	مكتب الشارقة	-.06448(*)	.01755	.009
	أم القوين	مكتب الشارقة	-.05663(*)	.01740	.038
	الشارقة	دبى	-.07773(*)	.02073	.007
		مكتب الشارقة	-.08195(*)	.01767	.000
	الفجيرة	مكتب الشارقة	-.06807(*)	.01773	.005
	المنطقة الغربية	دبى	-.06584(*)	.02041	.042
		مكتب الشارقة	-.07006(*)	.01730	.002

متوسط الفروق دال عند مستوى 0,05

<u>النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث، والذى ينص على:</u>

هل تختلف أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائيـــة في دولة الإمارات العربية المتحدة باختلاف جنس الطالب ؟

للإجابة عن هذا السؤال فقـــد تـــم اســـتخدام أســـلوب فحـــص T للعينـــات المـــستقلة (Independent Sample T Test) وحسب ما هو مشار إليه في الجدول رقم (19) ، ومن خلال الجدولين (20) و (21) فإنه يمكن التحقق من وجود فرق واضح بين الذكور والإناث وذي دلالة إحصائية فيما يتعلق بالنمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائـــدة عنـــد مستوى معنوية أقل أو يساوي (0.05) حيث إن قيمة (t) تساوي (4.036) وبانحراف معيـــاري

مقداره (0.25196) وأن P = 0.00 وهي أقل من 1% وأن المتوسط الحسابي للنمط المزدوج لقصور الانتباه والحركة الزائدة بالنسبة للذكور أعلى منه في الإنـــاث وبنـــسبة انتـــشار 6.8% للذكور و3.6% بالنسبة للإناث .

أما بالنسبة لنمط قصور الانتباه فانه لا يوجد فرق بين الذكور والإناث عنـــد مـــستوى معنوية أقل أو يساوي (0.05) حيث أن قيمة (t) تساوي (0.347) وأن P = 0.729 وهي أكبر من (0.05) وان مقدار الفرق بين المتوسطين ونسبة الانتشار ضئيل ولا يذكر حسب مـــا هـــو مشار إليه في الجدول رقم (20)، أما بالنسبة لنمط الحركة الزائدة–لاندفاعية فانه لا يوجد فرق بين الذكور والإناث عند مستوى معنوية أقل أو يساوي (0.05) حيـــث أن قيمـــة (t) تـــساوي (0.040) وأن P = .968 وهي أكبر من (0.05) وان مقدار الفرق بـــين المتوســـطين ونـــسبة الانتشار ضئيل حسب ما هو مشار إليه في الجدول رقم (20). وبشكل عام فإن نسبة الانتـــشار للأنماط الثلاثة معا بالنسبة للذكور (20%) بفرق لصالح الذكور أعلى منه للإناث التـــي بلغـــت نسبة النتشار الكلية لهن (16.4%).

جدول (19)

إحصائيات المجموعات حسب الجنس

المتغيرات	الجنس	ن	م	ع	النسبة المئوية
قصور الانتباه	ذكور	1513	0.0846	0.2784	%49.2
	إناث	1565	0.0812	0.2732	%50.8
الحركة الزائدة	ذكور	1513	0.0476	0.2129	%49.2
	إناث	1565	0.0473	0.2123	%50.8
قصور الانتباه والحركة الزائدة	ذكور	1513	0.0681	0.2519	%49.2
	إناث	1565	0.0358	0.1858	%50.8

جدول (20)

مصفوفة الجداول المتقاطعة للجنس لأبعاد المقياس (الأنماط الثلاثة)

ذكور				**إناث**			
حالات نمط قصور الانتباه							
قصور الانتباه	%	ن	%	قصور الانتباه	%	ن	%
128	8.5%	1385	91.5%	127	8.1%	1438	91.9%
حالات نمط الحركة الزائدة-الاندفاعية							
الحركة الزائدة	%	ن	%	الحركة الزائدة	%	ن	%
72	4.8%	1441	95.2%	74	4.7%	1491	95.3%
حالات النمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة							
النمط المزدوج	%	ن	%	النمط المزدوج	%	ن	%
103	6.8%	1410	93.2%	56	3.6%	1509	96.4%
المجموع الكلي							
303	%20.1			257	16.4%		

جدول (21)

دلالة الفروق بين الذكور والإناث في أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة باستخدام اختبار –ت للعينات المستقلة

المتغيرات	**د.ح**	**ف**	**قيمة ـ ت**	**الدلالة**	**فرق المتوسطات**
نمط قصور الانتباه	3076	0.482	0.347	0.729	0.00345
نمط الحركة الزائدة-الاندفاعية	3076	0.006	0.040	0.968	0.00030
النمط المزدوج	2777.58	67.082	4.036	.000	0.03229

<u>النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع، والذى ينص على:</u>

هل تختلف أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائيـــة في دولة الإمارات العربية المتحدة باختلاف الصف الدراسى؟

للإجابة عن هذا السؤال فقد تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحـــادي One –Way between groups ANOVA حيث تم تقسيم الطلبة إلى خمس مجموعـــات وفقـــا للـــصف

الدراسي ويشير الجدول رقم (22) إلى أنه لا يوجد اختلاف بين الطلبة فيما يتعلـــق بالأنمـــاط الثلاثة لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلـــة الابتدائيـــة فـــي دولـــة الإمارات العربية المتحدة، وأن قيم (f) لنمط قصور الانتبـــاه(0.839, P = 0.500) ، ونمـــط الاندفاعية/الحركة الزائدة ((0.832, P =0.504) ، والنمط المزدوج للاضطراب 0.643, (P= 0.632) ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من أو يساوي (0.05) وبالتـــإلى لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة في الصفوف الدراسية المختلفة فيما يتعلق باضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بأنماطـــه الثلاثة، ونظرا لعدم وجود اختلافات ذات دلالات إحصائية فانه لا داعٍ إلى استخراج المقارنات المتعددة لـــ .Tukey HSD

جدول (22)

الإحصاءات الوصفية لتحليل التباين الأحادى على أعراض قصور الانتباه والحركة الزائدة لأفراد العينة طبقا للصف الدراسي

نمط قصور الانتباه				
الصف	**العدد**	**المتوسط**	**الانحراف المعياري**	**الخطأ المعياري**
الأول	586	.0785	.26918	.01112
الثانى	622	.0852	.27942	.01120
الثالث	606	.0726	.25971	.01055
الرابع	626	.0990	.29896	.01195
الخامس	638	.0784	.26896	.01065
المجموع	3078	.0828	.27569	.00497
نمط الحركة الزائدة				
الصف	**العدد**	**المتوسط**	**الانحراف المعياري**	**الخطأ المعياري**
الأول	586	.0340	.22741	.00939
الثانى	622	.0914	.18886	.00757
الثالث	606	.0956	.19904	.00809

الرابع	626	.0614	.22364	.00894
الخامس	638	.0352	.22164	.00877
المجموع	3078	.0311	.21260	.00383
النمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD)				
الصف	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
الأول	586	.0546	.24342	.01006
الثانى	622	.0370	.21100	.00846
الثالث	606	.0413	.21364	.00868
الرابع	626	.0527	.21036	.00841
الخامس	638	.0517	.22788	.00902
المجموع	3078	.0474	.22137	.00399

جدول (23)

دلالة الفروق في أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى أفراد العينة باختلاف الصف الدراسى باستخدام تحليل التباين الأحادى

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	ف	الدلالة
نمط قصور الانتباه (بين المجموعات)	.255	4	.064	.839	.500
نمط الحركة الزائدة (بين المجموعات)	.151	4	.038	.832	.504
النمط المزدوج ADHD (بين المجموعات)	.126	4	.032	.643	.632

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس، والذى ينص على:

هل توجد علاقة ارتباطية بين أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائـــدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة ؟

للإجابة عن هذا السؤال فقد تم استخدام معامل الارتباط بيرسون وجاءت النتائج موضحة بالجدول التالي رقم (24).

جدول (24)

العلاقة الارتباطية بين أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى أفراد العينة في ضوء الجنس والصف الدراسي والمنطقة التعليمية

المتغيرات	قصور الانتباه	الحركة الزائدة	قصور الانتباه والحركة الزائدة
قصور الانتباه	1.00	.388(**)	.583(**)
الحركة الزائدة	.388(**)	1.00	.695(**)
قصور الانتباه والحركة الزائدة	.583(**)	.695(**)	1.00

** الارتباط دال عند مستوى 0.01

حيث تشير النتائج المشار إليها في الجدول السابق إلى وجود ارتباط قوي بين الثلاثة أنماط لمقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة ذي دلالة إحصائية عند مستوى أقل من أو يساوي (0.05). من خلال الجدول نجد أن أعلى ارتباط كان بين نمط الحركة الزائدة– الاندفاعية والنمط المزدوج (R = 0.695, P = 0.00) وأدنى ارتباط كان بين قصور الانتباه والحركة الزائدة–الاندفاعية (R = 0.388, P = 0.000) علما بأن هناك ارتباطاً قوياً بين نمط قصور الانتباه والنمط المزدوج (R = 0.583, P = 0.00) علما بأن جميع علاقات الارتباط ايجابية وليست سلبية.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي تم التوصل اليها في ضوء تحليل بيانات الدراسة والمعالجات الاحصائية، وستتم مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الاطار النظري ونتائج البحوث والدراسات السابقة وذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، وقد سارت مناقشة النتائج على النحو التالي :

أولا: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول، والذي ينص على:

مانسبة انتتشار اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في المدارس الحكومية في دولة الامارات العربية المتحدة؟

وقد أظهر استخدام الاحصاء الوصفي عبر التكرارات والنسب المئوية كما هو واضح بجدول رقم (7) بأن النمط السائد بين أنماط اضطراب قصور النتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الامارات العربية المتحدة هو نمط قصور الانتباه والذي سجل نسبة عامة قدرت ب (8.3%)، يليه النمط المزدوج بنسبة (5.2%) واخيرا نمط الحركة الزائدة–الاندفاعية بنسبة (4.7%) . في زيادة ملحوظة عن ما أسفرت عنه دراسة كل من عبد الرحيم والحامد وشلبي (Abdur–Rahim, Al–Hamed & Chaleby,1996) وهي دراسة مسحية لمراجعي عيادة الأطفال النفسية في أحد المستشفيات السعودية والتي وجدت ان النسبة المئوية لذوي اضطراب نقص الانتباه والحركة الزائدة تساوي (12.6%) من عينة الدراسة البالغة (169).

وكانت أداة الدراسة عبارة عن استبانة اعتمد في بنائها على الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية (DSM-III). ويعتبر الباحث في الدراسة الحالية أن الزيادة منطقية للأسباب التالية : أن المعايير الجديدة للدليل التشخيصي الإحصائي الرابـــــــــع (DSM-IV) قد أدت إلى زيادة نسبة انتشار مقارنة بالمعايير المعتمدة سابقاً في الدليل التشخيصي الثالث وذلك بسب إضافة نوعين جديدين إلى الاضطراب بعد أن كان مقتصراً على نوع واحد. إضافة أن الدراسة المعنية أجريت على مراجعي عيادة الأطفال النفسية. أما ميدانيا فإن الباحث ومن خلال خبرته الميدانية يرى بأن هناك عدداً كبيراً من الطلبة الذين يعانون من هذا الاضطراب غير مشخصين أصلا وأن نسبة بسيطة هي التي تراجع العيادات النفسية.

وكذلك فيما يختص بالنمط السائد بين أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة فقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كل من دوباول واناستوبولاس وبور ورايد وايكيدا ومكجوي (DuPaul, Power, Anastopoulos, Reid, McGoey, & Ikeda, 1997) والتي أظهرت أن النمط السائد هو نمط قصور الانتباه بنسبة (10%) يليه النمط المزدوج بنسبة (8.4%) ، يليه نمط الحركة الزائدة-الاندفاعية بنسبة (3.2%). وبنسبة عامة لاضطراب قصورالانتباه وفرط الحركة قدرت ب (21.6%). وكذلك فقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع عدة دراسات استخدمت معايير الدليل التشخيصي الاحصائي (DSM-IV) واستخدام تقديرات المعلمين ومنها دراسة كل من جاوب وكارلسون ودراسة فولاريش، هانا، بينوك، باومجيرتيل وبراون (Gaub& Carlson, 1997; wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel, &Brown, 1996)

و لم تتطرق أي دراسة مسحية عربية -في حدود علم الباحث- إلى نسبة انتشار أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة كل على حدة أو تحديد النمط السائد.

كما أسفر التحليل الاحصائي للبيانات وكما ورد في الجداول (8 ، 9) أن أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ذات دلالة احصائية في سلوك طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الامارات العربية المتحدة عند مستوى معنوية اقل من (0.05). مما يؤكد احصائيا ما سلامة الأداة المستخدمة واتفاق ذلك مع ما أشار إليه دوبال (Dupaul,1991) من خلال دراسته الخصائص السيكومترية لقوائم تقدير المعلمين والآباء المستخدمة في رصد أعراض وسلوكات الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة وذلك من خلال تقديرات المعلمين والآباء لعينة كبيرة من الطلبة ضمن الفئة العمرية 6-12 سنة. واختيار عينة جزئية لتطوير خصائص معيارية من خلال الملاحظة المباشرة لسلوكات الطلبة داخل صفوفهم ومستويات التحصيل الدراسي. وأظهرت دراسته وجود درجة صدق وثبات عالية لمقاييس التقدير وفعالية اختيار المعلمين والآباء كمصدر للمعلومات .كما أبرزت الدراسة فروقاً واضحة في طبيعة الأعراض بين الذكور والإناث .و أوصت باستخدام مقاييس التقدير كأداة مسحية وتشخيصية فعالة في هذا المجال.

كما أن نتائج الدراسة الحالية تتفق مع ما أشار إليه جرينسون، وتاسال واخرون، و بووث واخرون .(Greenson,2001:18 ; DSM-IV-TR,2000; Tsal & Others,2005 ; Booth & Others,2005) بأن اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة من أكثر أنواع الاضطرابات انتشارا بين الأطفال ، وهذا ما دلل عليه تقرير وكالة الصحة النفسية الأمريكية والتي أشارت فيه إلي أن نصف الأطفال المحالين إليها كانوا يعانون من هذا الاضطراب.

وعليه فإن نتيجة هذا السؤال أكدت بما لايدعو للشك وجود واقعي لاضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى طلبة المرحلة الابتدائية وأن قصور الانتباه هو النمط السائد بين أنماط

هذا الاضطراب . و يرى الباحث أن هده الارقام والنتائج في غاية الأهمية لأصحاب القرار في وزارة التربية والتعليم بدولة الامارات العربية المتحدة للوقوف غلى حقيقة انتشار هذا الاضطراب وضرورة اتخاذ الاجراءات اللازمة حيال ذلك.

ثانيا: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني، والذي ينص على:

هل تختلف أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة باختلاف المنطقة التعليمية ؟

فيما يتعلق بالاختلافات والفروق في نسب الانتشار بين المناطق التعليمية فقد أسفر التحليل الاحصائي للبيانات وكما ورد في الجداول (4،5،6) أن هناك نسب انتشار متفاوتة بين المناطق التعليمية لكل نمط من أنماط اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة. فبالنسبة لنمط قصور الانتباه فقد سجلت أعلى نسبة انتشار منطقة عجمان التعليمية وبلغت (13.8%) تليها منطقة دبي التعليمية حيث بلغت (13.2%) ثم في مكتب الشارقة التعليمي وبلغت (9.8%) وأن أدنى نسبة انتشار لقصور الانتباه قد سجلت في أم القويين حيث بلغت (3%) يليها أبو ظبي (6.1%) ثم منطقة الفجيرة (6.4%) وأن قيمة مربع كاي (بيرسون) Person Chi-Square للعلاقة بين المناطق وقصور الانتباه تساوي (30.992) عند درجة حرية (9) وهى ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية اقل أو تساوي (0.05) وان (P = 0.00) وبالتالي تؤكد وجود اختلاف في نسب الانتشار لقصور الانتباه.

من خلال دراسة نسب انتشار اضطراب قصور الانتباه فقد لوحظ أن منطقة عجمان التعليمية سجلت أعلى نسبة، ويذكر أن منطقة عجمان التعليمية والتي تمثل جغرافيا إمارة عجمان

وتقع امارة عجمان على ساحل الخليج العربي بطول يبلغ 16 كيلومتر بين امارة الشارقة وامارة أم القوين، ويفصلها عن امارة دبي أقل من 20 كيلومتر. وتتداخل بعض المناطق التابعة لإمارة عجمان مع مناطق في إمارة دبي . وبالرغم من ان نسبة الانتشار لنمط قصور الانتباه مقاربة لنظيرتها في إمارة دبي الا انه لا يمكن ضمن المعطيات والنتائج التي توصلت إليها الدراسة الربط بين الموقع الجغرافي ونسبة الانتشار كتفسير لتقارب النسب. ويرى الباحث ضرورة التوسع بإجراء دراسات بحثية مكملة تدرس متغيرات أخرى مثل الحالة الاقتصادية والاجتماعية والصحية والتي قد تعطي بعض المؤشرات وعوامل الارتباط التي من شأنها تفسير تقارب النسبة.

الا ان نتيجة الدراسة بتحديد نسبة الانتشار تحظى بأهمية كبيرة لدى التربويين في كلتا الامارتين كونها تعطي مؤشرا هاما لا بد من أخذه بعين الاعتبار في وضع الخطط اللازمة للتعامل مع هذا النمط ورصد الاستراتيجيات اللازمة لإعداد الخطط العلاجية.

اما فيما يتعلق بنسبة انتشار نمط الحركة الزائدة–الاندفاعية وكما ورد في جدول رقم (10) وجد أن أعلى نسبة نشاط زائد في منطقة مكتب الشارقة التعليمي وبلغت (9.6%) تليها منطقة دبي التعليمية وبلغت (9.1%) ثم منطقة العين التعليمية التي سجلت نسبة انتشار لهذا النمط بلغت (6.1%) وأن أدنى نسبة انتشار سجلت في منطقة الشارقة التعليمية حيث بلغت (1.4%) يليها المنطقة الغربية (2.6%) ثم الفجيرة (2.8%) وأن قيمة مربع كاي (بيرسون) Person Chi–Square للعلاقة بين المناطق والنشاط الزائد تساوي (46.370) عند درجة حرية (9) وهى ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية اقل أو تساوي (0.05) وان (P = 0.00) وبالتالي تؤكد وجود اختلاف في نسب الانتشار للنشاط الزائد.

يذكر أن مكتب الشارقة التعليمي يمثل جغرافيا المنطقة الشرقية لإمارة الشارقة وتضم مدينتي خورفكان وكلبا وتبعد عن مدينة الشارقة أكثر من 100 كم وتتداخل جغرافيا مع إمارة الفجيرة ، الا أن التعليم في هذه المنطقة يتبع إداريا لإمارة الشارقة. وبالنظر لتفاوت النسب الواضح في انتشار نمط الحركة الزائدة–الاندفاعية لدى الطلبة في مكتب الشارقة كأعلى نسبة ومنطقة الشارقة كأدنى نسبة يرى الباحث أن يتم التعامل مع هذه النسب فيما يخدم خطط المتابعة واستراتيجيات التعامل مع اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة دون الربط بين هذه النسب والموقع الجغرافي أو السياسة التعليمية.

أما فيما يتعلق بنسب انتشار النمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الامارات العربية المتحدة، فقد أظهرت نتائج الدراسة أن جميع المناطق التعليمية في دولة الإمارات العربية المتحدة يوجد فيها النمط المزدوج لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بين طلبتها ولكن ليست بنسب انتشار متفاوتة فقد سجلت أعلى نسبة في منطقة المنطقة الغربية (7.7%) تليها منطقة دبي (7.1%) ثم منطقة العين (6.4%) وأن أدنى نسبة انتشار لقصور الانتباه والنشاط الزائد قد سجلت في منطقة الشارقة (2.3%) تليها منطقة الفجيرة (3.7%) ثم منطقة عجمان (4.4%) وأن قيمة مربع كاي (بيرسون) Person Chi–Square للعلاقة بين المناطق وقصور الانتباه والحركة الزائدة معا تساوي (11.739) عند درجة حرية (9) وهي ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية اقل أو تساوي (0.05) وان (P = 0.22) وبالتالي تؤكد عدم وجود علاقة بين المناطق وقصور الانتباه والحركة الزائدة – النمط المزدوج . وبالتالي قد يكون ذلك مؤشرا لأصحاب القرار في وزارة التربية والتعليم في دولة الامارات أن يتم إعداد سياسة اتحادية واحدة للتعامل مع هذا النمط وتعميمها على جميع المناطق التعليمية بعكس النمطين الاخرين لاضطراب قصور

الانتباه والحركة الزائدة حيث إن نسب الانتشار كانت متفاوتة بشكل واضح وتتطلب التعامل مع كل نسبة وفقا لمؤشرها الرقمي في كل منطقة تعليمية.

وفيما يتعلق بالاختلافات والفروق بين المناطق التعليمية لأنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الامارات العربية المتحدة، وبالنظر إلى نتائج السؤال الثاني ووفقا للجداول الاحصائية (11–18) وجد أن هناك اختلافاً بين المناطق فيما يتعلق بالنمطين: نمط قصور الانتباه ونمط الحركة الزائدة–الاندفاعية فقط لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة وأن قيمة (f) لقصور الانتباه $F = 3.467$ ، والحركة الزائدة $F = 5.214$ وهما ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من (0.01). أما بالنسبة للنمط المزدوج فقد أظهرت النتائج فروقاً بسيطة للأعراض السلوكية بين المناطق التعليمية حيث إن قيمة $F = 1.305$ وهي ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من (0.05).

وبالتالي توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة المرحلة الابتدائية في مختلف مناطق الإمارات العربية المتحدة فيما يتعلق بالنمطين: نمط قصور الانتباه و ونمط الحركة الزائدة–الاندفاعية ولا توجد فروق واضحة بين المناطق فيما يتعلق بالنمط المزدوج من اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ونظرا لعدم إمكانية معرفة مصدر هذه الفروق من خلال قيم (f) ودلالتها الإحصائية بالنسبة للنمطين : نمط قصور الانتباه ونمط الحركة الزائدة–الاندفاعية فقد تم استخراج الفروق بين المناطق من خلال استخدام المقارنات المتعددة لــ Tukey HSD ويمكن تلخيص هذه الفروق كالتالي:

أولا: فيما يتعلق بنمط قصور الانتباه وحسب الجدول رقم (15) هناك ثلاث مجموعات من المناطق ولا توجد فروق داخل هذه المجموعات ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل

أو يساوي (0.05). ولكنه توجد فروق بين المناطق (أم القويين، أبو ظبي، دبي، عجمان) ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل أو يساوي (0.05). وحسب الجدول رقم (9) فان قصور الانتباه في إمارة دبي وعجمان أعلى منه في أبو ظبي بمقدار (.07142) (0.07722) على التوالي وان قصور الانتباه في إمارة دبي وعجمان أعلى منه في إمارة أم القويين (0.10168) و (0.10747)

ثانيا: فيما يتعلق بنمط الحركة الزائدة- الاندفاعية، وحسب الجدول رقم (18) هناك ثلاث مجموعات من المناطق ولا توجد فروق داخل هذه المجموعات ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل أو يساوي (0.05) ولكنه توجد فروق بين مناطق (الشارقة، المنطقة الغربية، الفجيرة، عجمان، أبو ظبي، رأس الخيمة، دبي، مكتب الشرقية) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل (0.05) وحسب الجدول رقم (11) فان طلبة المرحلة الابتدائية في أبو ظبي أقل اندفاعية منه في دبي و مكتب الشرقية بمقدار (0.05740) و(0.06161) على التوالي وأن الاندفاعية في دبي أعلى منه في الشارقة والمنطقة الغربية (0.7773) و (0.6584) على التوالي. وان الاندفاعية في مكتب الشرقية أعلى منه في رأس الخيمة (0.06035) و عجمان (0.06448) والفجيرة(0.06807) والشارقة (0.08195) والمنطقة الغربية (0.07006) وأن الاندفاعية لدى طلبة إمارة العين أعلى منه في أم قويين، الشارقة، الفجيرة والغربية (0.05663) (0.08195) (0.06807) (0.07006) على التوالي وفي أم قوين أقل منه في مكتب الشرقية (0.05663).

وبالنظر إلى الاختلافات والفروق تبعا للمناطق الجغرافية والتي تم توضيحها من خلال مناقشة نتائج السؤال الثاني الا أنه لا يمكن ضمن المعطيات والنتائج التي توصلت إليها الدراسة الربط بين

الموقع الجغرافي وهذه الاختلافات والفروق . ويرى الباحث ضرورة التوسع بإجراء دراسات بحثية مكملة تدرس متغيرات أخرى مثل الحالة الاقتصادية والاجتماعية والصحية والتي قد تعطي بعض المؤشرات وعوامل الارتباط التي من شأنها تفسير هذه الاختلافات مما يتوافق مع طرح الاطار النظري والذي فسر أن تطور الأعراض المرضية لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة تتأثر بعدة عوامل منها : العوامل الوراثية كما أكدتها دراسات : (Kutcher, Aman, Brooks, Buitelaar, Van, Greenhill, Huss, Kusumakar & Tyano, 2004) والعوامل البيئية والاقتصادية والوراثية. و: العوامل المتعلقة بأساليب التنشئة غير السوية وجود مشاكل أسرية ؛ وأساليب تنشئة غير سوية ، لما لها من تأثير قوي في حياة الطفل وخاصة في مراحل نموه الأولي ، كما ورد في الدراسات (Booth et al., 2004; Jones,2002 ؛إسماعيل،2004 ؛ الزراد،2002). وعليه فإن الدراسة الحالية تؤكد أهمية التوسع بإجراء دراسات بحثية للربط بين هذه العوامل وما آلت إليه الدراسة المسحية الحالية والإفادة من الأرقام الإحصائية لنسب الانتشار والفروق والاختلافات التي ظهرت باختلاف المناطق التعليمية.

ثالثا: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث، والذى ينص على:

هل تختلف الأعراض السلوكية لدى ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة من طلبة الحلقة الأولى في دولة الإمارات العربية المتحدة باختلاف جنس الطالب ؟

بالنظر إلى نتائج السؤال الثالث ووفقا للجداول الاحصائية (19-21) وجد فروق واضحة تعزى إلى الجنس فيما يتعلق بالنمط المزدوج من اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة في حين أن الفروق التي تعزى إلى الجنس للنمط الأول(نمط قصور الانتباه) والنمط

الثاني (الحركة الزائدة– الاندفاعية) كانت ضئيلة ولا يعتد بها لاعتبارها فروقاً ذات دلالة احصائية.

حيث وجد أن المتوسط الحسابي للنمط المزدوج لقصور الانتباه والنشاط الزائد بالنسبة للذكور أعلى منه في الإناث وبنسبة انتشار (6.8%) للذكور و (3.6%) بالنسبة للإناث . وهذا يتفق مع عدة دراسات أجريت حول الفروق التي تعزى إلى الجنس مثل دراسة كل من قطب(1985) و عبد العزيز وآخرين (2001) ؛ و الشخص (1992) ؛والببلاوي (1990) ودوبال، و وانغ وتشينج ويانج وتشاو، ودوبال وجيتندرا وتريسكو وجونود وفولوب ولوتز (Dubal,1991; Wang, Ching, Yang & Chou,1993; DuPaul,Jitendra, Tresco, Junod, Volpe & Lutz, 2006;) والتي أشارت إلى زيادة نسبة الانتشار لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لصالح الذكور بنسب متفاوتة : (1:4 ، 1:3 ، 1:2).

ولم تتفق الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كوبر و أوريغان (Cooper & O'Regan,2001) والتي أظهرت أن النسبة 4 للذكور مقابل 1 للإناث ضمن النمط (الحركة الزائدة– اندفاعية)، في حين أن النسبة تكون متساوية بين الذكور والإناث ضمن الفئة الأولى من الاضطراب وهي فئة (قصورالانتباه). ولعل هذا الاختلاف وفقا لرأي الباحث يعود إلى طبيعة أفراد العينة والمكان التي أجريت فيه. فعينة الدراسة المذكورة ذات طابع اكلينيكي اعتمدت مراجعي العيادة النفسية والتي يكون من المتوقع أن أكثر مراجعيها من الذكور ذوي الحركة الزائدة الذين يشكلون ضغطا على الاهل مما يحذو بهم لمراجعة العيادات، وهذا ما أكده روس وروس (Ross & Ross, 1982) بأن نسب الانتشار لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة تزداد عند الذكور أكثر من الإناث في العينات ذات الطابع الاكلينيكي أكثر منها لدى

العينات من المجتمع أو من الميدان التربوي. في حين أن الدراسة الحالية أجريت في الميدان التربوي وقد اكتشفت الكثير من الحالات التي تستدعي العلاج ولم تكن مشخصة سابقا. ويرى الباحث أن طبيعة العينة في الدراسة الحالية ميزة تمتاز بها عن الدراسات السابقة وفي نتائجها فائدة كبيرة لأصحاب القرار في وزارات التربية والتعليم بالدول العربية بشكل عام ودولة الامارات العربية المتحدة بشكل خاص.

مناقشة نتائج السؤال الرابع والذي ينص على:

هل تختلف أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة باختلاف الصف الدراسى ؟

بالنظر إلى نتائج السؤال الرابع ووفقا للجداول الاحصائية (22، 23) لم تظهر فروق واضحة لأنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة الثلاثة تعزى إلى مستوى الصف الدراسي حيث أن هذه الفروق لا يعتد بها لاعتبارها فروقاً ذات دلالة احصائية. حيث أن قيم (f) لنمط قصور الانتباه(0.839, P = 0.500) ، ونمط الاندفاعية/الحركة الزائدة ((0.832, P =0.504) ، والنمط المزدوج للاضطراب (0.643, P= 0.632) ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من أو يساوي (0.05) وبالتإلى لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية يعزى إلى مستوى الصف الدراسي لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة فيما يتعلق باضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة بأنماطه الثلاثة. ويفسر الباحث عدم وجود فروق تعزى إلى اختلاف الصف الدراسي أن المرحلة العمرية لدى الطلبة أفراد الدراسة محددة بمرحلة عمرية لا تتجاوز خمس سنوات وهي المرحلة الابتدائية لدى الطلبة، وبالرغم من أن هذه النتيجة تختلف ظاهريا مع ما أكدته نتائج دراسات كل من (Boyle&

بأن نسب الانتشار (lipman, 2002; Szatmari,1992; Szatmari & etal., 1989 لاضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة تتأثر بمتغيرات عدة ذكر منها المرحلة العمرية إلا أن باركلي (Barkley, 2006) أضاف بأن نسب الانتشار تختلف باختلاف المرحلة العمرية، حيث أنها تقل عند طلبة المرحلة الاعدادية والثانوية مقارنة بنسب الانتشار لدى الطلبة في المرحلة الابتدائية. وبما أن أفراد الدراسة يمثلون المرحلة الابتدائية فقط فإنه من المتوقع أن لا يكون هناك فروق ذات دلالة احصائية، ويوصي الباحث أن تجرى دراسات أخرى لتحديد نسب انتشار الاضطراب عند طلبة المرحلة الاعدادية والثانوية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس، والذى ينص على:

1. هل توجد علاقة ارتباطية بين أنماط اضطراب قصور الانتباه أو الحركة الزائدة (ADHD) لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة ؟.

بالنظر إلى نتائج السؤال الخامس ووفقا للجدول رقم (24) وجود ارتباط قوي بين الثلاثة أنماط لمقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة ذي دلالة إحصائية عند مستوى أقل من أو يساوي (0.05). من خلال الجدول نجد أن أعلى ارتباطاً كان بين نمط الحركة الزائدة– الاندفاعية والنمط المزدوج (R = 0.695, P = 0.00) وأدنى ارتباطاً كان بين قصور الانتباه والحركة الزائدة–الاندفاعية (R = 0.39, P = 0.000) علما بأن هناك ارتباطاً قوياً بين نمط قصور الانتباه والنمط المزدوج (R = 0.388, P = 0.00) علما بأن جميع علاقات الارتباط ايجابية وليست سلبية.

هناك العديد من الدراسات الأجنبية التي قامت بدراسة الخصائص السيكومترية لأنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة، وقد أكدت في مجملها علاقة ارتباطية ايجابية فيما

بين الأنماط، ونتيجة الدراسة الحالية تتفق مع هذه الدراسات مثل: دراسة دوبال (Dupaul,1991) والتي أكدت على العلاقة الارتباطية الإيجابية بين أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وفقا لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV) في طبعته الرابعة. كما تتفق الدراسة مع دراسة (Baumgartel, Wolaraich, & Dietrich, 1995 ؛ Phillips, 2000) اللتين قامتا بدراسة العلاقة بين أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة. مما يؤكد على قدرة أداة الدراسة على تشخيص الأطفال ذوي الحركة الزائدة وفرط الحركة.

التوصيات:

في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة يمكن تقديم مجموعة من التوصيات التربوية للمعلمين ومتخذي القرار في وزارة التربية والتعليم في دولة الإمارات العربية المتحدة، والتي من شأنها التخفيف من حدة أعراض أنماط قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الابتدائية، على النحو التالي:

1. إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية على عينات أكبر وفي مراحل دراسية مختلفة.
2. عقد دورات تدريبية للاختصاصي النفسي والاجتماعي والموجهين بهدف كيفية الكشف والتعرف على الطلبة الذين يعانون من أي من أنماط اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة.
3. توفير أدوات وأساليب الكشف والتعرف على الطلبة الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة وتدريب الاختصاصيين على كيفية استخدامها.
4. الاهتمام بتوعية أولياء أمور الطلبة بضرورة التعاون فيما بين المدرسة والمنزل في اكتشاف ذوي اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة والإسهام في برامج تعديل السلوك والتدخل العلاجي للحد من انتشار الاضطراب بين طلبة المدارس.
5. تضمين المقررات الدراسية بعض الموضوعات عن السلوكات الخطأ لدى الطالب وتأثيراتها السلبية عليه، وكيفية مواجهتها.

6. إجراء دراسة حول العوامل المسهمة في اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة سواء المرتبطة منها بالمدرسة أو بالبيئة المحيطة بالطفل.

7. إجراء دراسة تجريبية بهدف تقديم برامج تدخل علاجي ملائمة للحد من اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى الطلبة الذين أشارت إليهم نتائج الدراسة الحالية بأنهم يعانون من الاضطراب.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- أبو شهبة، هناء (2003). **أطفالنا معرضون للاضطرابات النفسية.** القاهرة: دار الفكر العربي.

-أحمد، السيد و بدر،فائقة (1999 .(**اضطراب الانتباه لدى الأطفال: أسبابه وتشخيصه وعلاجه** .القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- إسماعيل، بشرى (2004). **الاضطرابات النفسية للأطفال (الأسباب ؛ التشخيص ؛ العلاج)** . القاهرة: الأنجلو المصرية .

- إبراهيم، علا (1999). **علاج الحركة الزائدة لدي الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك.** القاهرة: مكتبة الجريس.

- الببلاوي. فيولا(1990). **مشكلات السلوك عند الأطفال نماذج من البحوث في تحليل السلوك وتعديل السلوك.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- بوشيل،ر.، وسيجفريد،م. (2004).**الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة** . ترجمة بدير، كريمان.القاهرة: عالم الكتب.

- جاد الله، عبد القادر(2003). اضطراب الانتباه وعلاجه . مجلة الصحة والطب ، العدد 254.الشارقة: دار الخليج.ص 28-32

- حافظ، نبيل (2004). **صعوبات التعلم والتعليم العلاجي ، ط2** . القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

- الحامد، جمال (2002). **اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال: أسبابه وعلاجه** .الرياض: أكاديمية التربية الخاصة

– الحميدي، مؤيد (2007). **اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة في الميدان التربوي** .ورقة عمل غير منشورة، مقدمة لندوة مشكلات التعلم 19-2007/4/20، العين.

- حمودة، محمود(1991). **الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج.** القاهرة: مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال.

- الخولي، إيمان(2003) **استخدام السيكودراما لخفض الحركة الزائدة لدي أطفال المدرسة الابتدائية** . رسالة دكتوراه غيرمنشورة ،جامعة الزقازيق: كلية التربية.

- الدردير، عبد المنعم(1999). بعض العوامل النفسية المميزة للتلاميذ ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد مقارنة بالتلاميذ الأسوياء . **مجلة دراسات تربوية واجتماعية** ، مجلد 5 ، العدد 4 ، كلية التربية جامعة حلوان ، ص 51-101.

- الدسوقي، مجدي(2006). **اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالحركة الزائدة (الأسباب ؛ التشخيص ؛ الوقاية والعلاج).** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- الرشيدي، بشير و منصور، طلعت (2000) : **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة** . الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي.

- السرطاوي،عبد العزيز والقريوتي، يوسف والقارسي، جلال (2002) : **معجم** التربية الخاصة . دار القلم للنشر والتوزيع : دبي ، الإمارات العربية المتحدة .

- سليمان، عبد الرحمن (1997) : السيكودراما مفهومها وعناصرها واستخداماتها . **مجلة كلية التربية ، جامعة قطر** ، العدد 11 ، ص 396−453 .

- السمادوني، السيد(1998). فعإلىة التدريب علي الضبط الذاتي في علاج اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال المتخلفين القابلين للتعليم . **مجلة علم النفس**. 12(2)، 118−145.

- سيسالم، كمال(2001). **اضطراب قصور الانتباه والحركة المفرطة : خصائصها وأسبابها وأسإلىب علاجها**.العين: دار الكتاب الجامعي.

- سيد، نبيل(1996) دراسة لبعض القدرات العقلية والمتغيرات الفسيولوجية من حيث علاقتها بالحركة الزائدة لدي الأطفال . **المجلة المصرية للدراسات النفسية** ، المجلد 6 ؛ العدد 15 ، ص 181−209 .

−الزارع، نايف (2007). **اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:دليل عملي للآباء والمختصين**.عمان: دار الفكر.

- الزراد، فيصل(2002) : **اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدي الأطفال**. الشارقة: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.

- الشخص. عبد العزيز(1992). **السلوك التكيفي والحركة الزائدة لدي عينة من الأطفال المعوقين سمعيا وعلاقتهما بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال**. دراسة غير منشورة، مقدمة للمؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري، جامعة عين شمس .

- الشخص، عبد العزيز والدماطي، عبد الغفار(1992). **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين**.القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- الشخص، عبد العزيز والسرطاوي، زيدان(1999). **تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا – النظرية والتطبيق**.العين: دار الكتاب الجامعي.
- شعيب، علي وفرحات، السيد(2003). **النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال: الأسإلىب والعلاج**، القاهرة: زهراء الشرق.
- شقير، زينب (2004). **الشخصية السوية والمضطربة: نظريات الشخصية–المشكلات السلوكية**، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- صالح، عبد الله والرويتع، عبد العزيز (2002) : اضطرابات قصور الانتباه / النشاط الزائد. **مجلة الطفولة والتنمية**، المجلد (2)، العدد (6).
- عبد المعطي، حسن (2003). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة. القاهرة : دار القاهرة للكتاب
- عبد العزيز، إلهامي و عبد الرحمن، محمود و صبري، إيمان (2001). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة** . القاهرة :عالم الكتب.
- عدس، محمد(2000). **صعوبات التعلم**.القاهرة: دار الفكر.
- عكاشة، أحمد (2003). **الطب النفسي المعاصر** . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- علام، صلاح الدين (2006). **الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية** . عمان: دار الفكر.
- عواد، أحمد (2009). **صعوبات التعلم**. عمان، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- الفخراني، خالد(1995). **التآزر البصري – الحركي لدي عينة من الأطفال مضطربي الانتباه مع الحركة الزائدة وبدونه** .دراسة مقدمة للمؤتمر الدولي الثالث للإرشاد النفسي ، المجلد الأول ، ص 109-130 .

- مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخليجي(2001). **الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل** .المنامة: مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية.

- مليكه. لويس(1994). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**. الكويت: دار القلم.

- مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخليجي(2001). **الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل** .المنامة: مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية.

- ميركوليني،ماريني، باور،توماس و بلوم، ناثن(2003). **اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة: دليل عملي للعياديين** .ترجمة السرطاوي، عبد العزيز وخشان،أيمن .دبي: دار القلم. (الكتاب الأصلي منشور سنة 1999)

- هالاهان، دانيال، كوفمان،جيمس، لويد،جون، ويس،مارجريت و مارتينز،إليزابيث(2007). **صعوبات التعلم: مفهومها،طبيعتها،التعلم العلاجي** .ترجمة محمد، عادل عبدالله. عمان: دار الفكر (الكتاب الأصلي منشور سنة 2005

- النجار، طارق(2005). **مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه والحركة الزائدة لدي عينة من الأطفال الصم** . رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

- وزابل، ريزو (1999). **تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا**.ترجمة عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، العين: دار الكتاب الجامعي .

References:

- Abdur-Rahim F, Al-Hamed A, Chaleby K, (1996). A Survey of Child Psychiatry Clinic in a Teaching Hospital in Saudi Arabia. **Saudi Med Journal**. 17(1):36- 41.

- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.).** Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. - text revision)**. Washington, DC: Author.

- Anderson, Kathryn ; Marianne, Barabasz ; & Arreed, Warner D. (2000) : Efficacy of barabasz's instant alert hypnosis in the treatment of ADHD with neurotherapy . **Child Study Journal** , 30(1): 4005-4049.

- Angello, LOta, K. (2003). Assessment of Attention-Defici., Volpe, R., Diperna, J., Gureasko-Moore, S., Nebrig, M. & t/hyperactivity Disorder: an Evaluation of Six Published Rating Scales. **School Psychology Review**. 32(2), 241-262.

- Atkinson, M. & Hornby, G.(2002). **Mental Health Handbook for Schools**. London: Routledge/Falmer.

- Bain, S. K. & Pelletier, K. A. (1999). Social and behavioral differences among predominantly African American preschool sample . **Journal of Psychology in the Schools**, Vol. 36, No. 3, PP. 242-259.

- Barke, E. ; Thompson, M. ; Abikoff, H. ; Klein, R. & Brolman, R. (2006). Nonpharmacological interventions for preschoolers with ADHD , The case for specialized parent training . **Journal of Infant and Young Children** . Vol. 19, No. 2, PP. 1-15.

- Barkley, R. (2006). **Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment** (3rd ed.). New York: Guilford.

- Barkly, R.(1997). Behavioral inhibition, Sustained Attention, & Executive Function: Constructing a Unifying Theory of ADHD. **Psychological Bulletin**, 12(1), 65-94.

- Baumgartel, A., Wolraich, M. and Dietrich, M.(1995). Comparison of Diagnostic Criteria for ADHD in a German elementary Schools Sample. **Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. 34, 629-638.

- Ben Amor, Leila ; Grizenko, Natalie ; Schwartz, George ; Lageix, Philippe ; & Joober, Ridha (2005). Prenatal complications in children with attention deficit hyperactivity disorder and their unaffected siblings. **Rev Psychiatric Neurosis**, Vol. 30, No. 2, PP. 120-126.

- Bloomquist, M. L. ; August, G. J. & Ostrander R. (1991) : Effects of a school based cognitive-behavior intervention for ADHD children . **Journal of Abnormal Child Psychology**. Vol.19, No.5, PP.591-605.

- Booth, James R. ; Burman, Douglas D. ; Meyer, Joel R. ; Zhang Lei, Barbara L. ; Trommer , Nicholas D. & Mesulam, Marsel (2005). larger deficits in brain networks for response inhibition than for visual selective attention in attention deficit hyperactivity disorder ADHD . **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Vol. 46, No. 1, PP. 94-111.

- Boyle, M., & Lipman, E. (2002). Do places matters?: Socioeconomic disadvantage and behavioral problems of children in Canada. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** 70, 378-389.

- Cantwell, Dennis & Bader, Lorian (1999). Attention deficit disorder with and without hyperactivity : A review and comparison of matched group . **Journal of the American of Child & Adolescent Psychiatry**, Vol. 31, No. 3, PP. 225-231.

- Cocciarella, A. ; Wood, R. & Low, K. G. (1995). Brief behavioral treatment for attention deficit hyperactivity disorder. **Journal of Precept Mot Skills**, Vol. 81, No. 1, PP. 225-231.

- Cohen, Nancy ; Vallance, D. . Barwich, M. Im, Nancy ; Horodezky, N. & Isaacson, Lila (2000).The Interface Between ADHA and language impairment : An Examination of language , achievement and cognitive processing . **Journal Child Psychology and Psychiatry** , Vol. 41, No. 3, PP. 353-362.

- Cooper , P. & O'regan, J.(2001). **Education children with AD/HD a teacher's Mannal**. London: Routledge/Falmer.

- Craighead, W. & Nemeroff, C. (2001). **The Corsini encyclopedia of psychology and behavioral . (3rd ed)** , Jon Wiley & Sons : New York

- Daniel, Waschbusch (1998). Generalization of behavioral and psycho stimulant treatment of attention deficit hyperactivity disorder ADHD : Discussion and examples . **Journal of Behavior Research and Therapy** , Vol. 36, No. 7-8, PP. 675-694..

- Davids, Eugen ; Kis, Bernhard ; Specka, Michael & Gastpar, Markus (2006). A pilot clinical trial of oxcarbazepine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological psychiatry** . Vol. 30, Issue.6, PP. 1033-1038.

- David, H. (2008). Art therapy in socialization program for children with attention deficit hyperactivity disorder. **American Journal of Art Therapy** , Vol. 65, No. 1, PP. 2-13.

- DeMarle, D. ; Denk, L. & Ernsthausen, C. (2003). Working with the family of a child with attention deficit hyperactivity disorder. **Journal of Pediatric Nursing ,** Vol.29, No. 4, PP. 302-308.

- Dived, A.J. & Sigel, E. R. (2006) : **How to increase reading ability. A guide to developmental & premedical methods (9th . ed)** . New York: Longman

- David, H. (2008). Art therapy in socialization program for children with attention deficit hyperactivity disorder. **American Journal of Art Therapy** , Vol. 65, No. 1, PP. 2-13.

- Dupaul . G. (1991).Parent & Teacher Rating of ADHD Symptoms : Psychometric Properties in a Community-Based Sample. **Journal of Clinical Child Psychology**, 20(3), 245-253.

- DuPaul G. , Jitendra A. , Tresco K., Junod R. , Volpe R. & Lutz J.,(2006). Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Are There Gender Differences in School Functioning?. **School Psychology Review**, 35(2), 292-319

- DuPaul, G., Volpe, R., Jitendra, A., Lutz, J., Lorah, K., & Gruber, R. (2004). Elementary school students with AD/HD: Predictors of academic achievement, **Journal of School Psychology**, 42, 285-301.

- Edward, M. (2008).Learning disabilities of children with hyperactivity. **Journal of Attention Disorders**, Vol. 5, No. 1, PP. 49-68.

- Gaub,M. and Carlson , C. (1997). Gender differences in AD/HD : A Meta-Analysis & critical Renew. **Journal of American Academy of child & adolescent psychiatry**,36(8), 1036-1045.

- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. **Journal of Attention Disorders**, 5, 143-154.

- Gomez, Karen & Cole, Christine (1999).Attention deficit hyperactivity disorder , A review of treatment alternatives. **Elementary School Guidance and Counseling ,** Vol. 26, No. 2, PP. 106-116.

- Greenson, Jessica Nicola (2001). A Longitudinal study of attention deficit , hyperactivity' disorders symptom in preschool-age children. **Early Education and Development**, 13 (3), 283-99.

- Hallahan, D. and Kauffman, J.(2006). **Exceptional Children: Introduction to Special Education**. New York: Allyn Bacon.

- Herbert, M. (1999). **Clinical child Psychology, Social learning development and behavior.** (2th ed) , New York: John Wiley & Sons.

- Jeffrey, S. Danforth ; Harvey, Elizabeth ; Wendy, R. Ulaszek & Mskee, Tara Eberhardt (2006). The outcome of group parent training for families of children with ADHD & aggressive behavior . **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry** , Vol. 37, Issue 3, PP. 188-205 .

- Joanne, O'commel & Kathleen, Csaale (2004). Attention deficits and hearing loss . Meeting the Challenge , **The Volta Review**, Vol. 104, No. 4, PP. 257-271.

- Jones, James D. (2002). Plea for a measure of understanding : The importance of intensive psychotherapy in the treatment of children with ADHD. **Journal of Psychotherapy Theory / Research / Practice / Training ,** Vol. 39, No.1, PP. 12-20.

- Kaiser, Michael (1992).**effect of behavior modification in the classroom on academic functioning and self-esteem in hyperactive children**, Hofstra University .

- Kaduson, H. G. & Finnehy, K. (1995). Self-control game interventions for attention deficit hyperactivity disorder. **Journal of Play Therapy,** Vol. 4, No.2, PP.15-29

- Kotkin, Ronald A. (1995).The Irvine paraprofessional program : Using paraprofessionals in serving students with ASHD . **Journal of Intervention in School & Clinic** , Vol. 30, Issue 4, PP. 1053-062.

- Kutcher, Stan ; Aman, Michael ; Brooks, Sarah ; Buitelaar, Jan ; Van, Sandra ; Greenhill, Laurence; Huss, Michael ; Kusumakar, Vivek & Tyano, Sam (2004). International consensus statement on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behavior disorders: Clinical implications and treatment practice suggestions. **European Neuropsychopharmacology** , Vol. 14, PP. 11-24 .

- Lane, L. ; Gresham, M. & Macmillan; Bocian (2003). Early detection of students with antisocial behavior and hyperactivity problems , education . **Journal of Treatment of Children** , Vol. 24, No. 3, PP. 294-308.

- Lensch, C. (2000). **Making Sense of Attention/Deficit Hyperactivity Disorder.** Westport: Bengin & Garry.

- Leung, Jin Pang ; Leung, Patrick Wl & Tang, Catherine Sk (2000). A vigilance study of ADHD and control children : Event rate and extra-task stimulation . **Journal of Developmental and Physical Disabilities** , Vol. 12, No. 3, PP. 187-201.

- Li-Siu, Shing Jane (2004). **A group training for Parents of children or Youth with ADHD** . Ttinity Western :Canada University :

- Miranda, Ana ; Jesus, Maria & Soriano, M. (2002). Effectiveness of school based multi component program for the treatment of children with ADHD . **Journal of Learning Disabilities ,** Vol. 35, No. 1, PP 82-94.

- Monuteaux, Michael C; Faraone, Stephen V; Herzig, Kathleen ; Navsaria, Neha & Biederman, Joseph (2005). ADHD and dyscalculia : Evidence for independent familial transmission**. Journal of Learning Disabilities ,** Vol. 38, No. 1, PP. 86-93.

- Murg, S. ; Hoza, B. & Gerdes, A. (2001). Children with attention deficit hyperactivity disorder , peer relationships and peer oriented interventions . **Journal of New Directions for Child and Adolescent Development,** No. 91, PP. 51-77.

- Neven,R., Anderson,V. and Godber,T. (2002). **Rethinking ADHD Integrated approaches to helping children at home & school.** Crows Nest: Allen & Unwin.

- Philips, Penny Ladee(2000).**Use of the attention deficit /hyperactivity disorder symptom rating scale with preschool children** . MS.: Utah State University.

- Pineda, D. & Ardila, A (1999). New psychological and behavioral assessment of ADHD in old 7-12 year children. **Journal of Learning Disabilities** , Vol. 32, No. 2, PP. 159-173

- Pisecco, Stewart ; Huzinec, Christopher & Curtis, David (2001). The effect of characteristics on teachers acceptability of classroom-based behavioral strategies and psycho stimulant medication for the treatment of ADHD . Journal **of Clinical Child Psychology** , Vol. 30,No.3, PP. 413-421.

- Place , M., Wilson ,J., Martin ,E. & Hulsmier ,J. (2000)The frequency of emotional & behavioral disturbances in an EBD school , **Child psychiatry Review**. 5(2),76-80.

- Posavac, H. D. ; Sheridan, S. M. &Posavac, S. S. (1999). Cueing Procedure to control impulsivity in children with attention deficit hyperactivity disorder . **Journal of Behavior Modification ,** Vol. 23, No. 2, PP. 234-287.

- Raslan, Reyad & Abdelaziz, Nahla (2000). Linguistic disabilities in children with attention deficit hyperactivity disorder**. Journal of Egypt Psychiatry** , Vol. 23, No. 1, PP. 63-70.

- Robert, K. & Kail, Z. (1998). **Children and their development** . New Jersey: Prentice Hall.

- Ross,D. & Ross,S. (1982). **Hyperactivity: Research,theory and action**. New York: Wiley.

- Rowland, A., Lesesne, C. & Abramowitz, A. (2002). The Epidemiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Public Health View. **Mental Retardation Developmental Disability Research Review.** 8, 162-170

- Rudolph, Tricia C. (2005). **The effects of a school based social skills training program on children with ADHD : Generalization to the school setting** . Florida: University Of South Florida.

- Sahloul, M. (2004). Sociodemographic characters of ADHD children and the impact upon their families. **Journal of the Institute of Psychiatry** , Vol. 11, No. 1, Issue 002-2144.

- Schoenbrodt, Myers Lisa (1992). **The effects of parent training on the generalization and maintenance of clinically developed self-control skills with children who have attention deficit hyperactivity disorder**. The Johns Hopkins University .

- Smucker, William D. & Hedayat, Marjaneh (2001). Evaluation and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. **Journal of American Family Physician** , Vol. 64, Issue 5, PP 28-38.

- Stormant, M. & Zentall, S. (1999). Assessment of setting in the behavioral ratings of preschoolers with and without high levels of activity . **Journal of Psychology in the Schools**, Vol. 36, No. 2, PP. 109-115.

- Szatmari, P. (1992). The epidemiologyof attention deficit hyperactivity disorders. **Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America**, 1, 361-372.

- Szatmari, P., Offord, D., & Boyle, M. (1989).Correlates, associated impairments, and patterns of service utilization of children with attention deficit disorders: Findings from the Ontario Child Health Study. **Journal of Child Psychology and Psyciatry**, 30, 205-217.

- Tsal, Yehoshua ; Shalev, Lilach & Mevorach, Carmel (2005). The diversity of attention deficits in ADHD : The prevalence of four cognitive factors in ADHD versus controls . **Journal of Learning Disabilities**, Vol. 38, No. 2, PP. 142-157.

- Vereb, Rebecca L. & Diperna, James C. (2004). Teachers knowledge of ADHD, Treatment for ADHD , and treatment acceptability : An initial investigation. **Journal of School Psychology Review**, Vol. 33, No. 3, PP. 421-428.

- Wang , Y. ,Ching , M. , Chou , W. and Yang ,J.(1993). Prevalance of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary school children in Tiwan . **Formosa Med. Association** . 92(2) :133-137.

- Wender, Paul(2000). **ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children & Adults**. New York :Oxford University.

- Wolraich, M. and Baumgaertel, A. (1996). The Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Based on the new DSM-IV Criteria . **Peabody Journal of Education**, 71 (4) 168-186 .

- Wolraich, M. and Baumgaertel, A. (1996). The Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Based on the new DSM-IV Criteria . **Peabody Journal of Education**, 71 (4) 168-186

- Woodward, L. ; Taylor, E. & Dowdney, Linda (1998). The Parenting and family functioning of children with hyperactivity . **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Vol. 40, No. 3, PP. 347-355.

- Zentall, Sydney S. ; Cassady, Jerrell C. & Javorsky, James (2001). Social comprehension of children with hyperactivity . **Journal of Attention Disorders** , Vol. 5, No. 1, PP. 11-24.

الملاحق

ملحق رقم (1)

الصورة الأجنبية من مقياس قصور الانتباه والحركة الزائدة – IV

ADHD RATING SCALE–IV: SCHOOL VERSION

hild's name________________________ Sex: M F Age______ Grade______

ompleted by: ________________________

rcle the number that *best describes* this student's school behavior over the past 6 months (or nce the beginning of the school year).

	Never or rarely	Sometimes	Often	Very often
. Fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork.	0	1	2	3
. Fidgets with hands or feet or squirms in seat.	0	1	2	3
. Has difficulty sustaining attention in tasks or play activities.	0	1	2	3
. Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected.	0	1	2	3
. Does not seem to listen when spoken to directly.	0	1	2	3
. Runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate.	0	1	2	3
. Does not follow through on instructions and fails to finish work.	0	1	2	3
. Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly.	0	1	2	3
. Has difficulty organizing tasks and activities.	0	1	2	3
. Is "on the go" or acts as if "driven by a motor."	0	1	2	3
. Avoids tasks (e.g., schoolwork, homework) that require sustained mental effort.	0	1	2	3
. Talks excessively.	0	1	2	3
. Loses things necessary for tasks or activities.	0	1	2	3
. Blurts out answers before questions have been completed.	0	1	2	3
. Is easily distracted.	0	1	2	3
. Has difficulty awaiting turn.	0	1	2	3
. Is forgetful in daily activities.	0	1	2	3
. Interrupts or intrudes on others.	0	1	2	3

ملحق رقم (2)

الصورة الأولية المعربة لمقياس قصور الانتباه والحركة الزائدة

مقياس اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة ADHD

إسم الطالب: الجنس: ..... ذكر .... أنثى

تاريخ الميلاد: العمر: الصف:

المدرسة الإمارة:

إسم المعلم/المعلمة سنوات الخبرة:

<u>التعليمات:</u>

من خلال تعاملك مع الطالب لآخر ستة أشهر (أو منذ بداية العام الدراسي) يرجى وضع دائرة حول رمز أفضل وصف لسلوك الطالب وفقا لكل فقرة :

م	الفقرة	أبدا أو نادرا	أحيانا	غالبا	غالبا جدا
1	يفشل في إظهار الانتباه ويرتكب أخطاءا تعكس عدم المبالاة عند أدائه المهام الدراسية	0	1	2	3
2	كثير التململ ويلعب بيديه أو قدميه أثناء جلوسه على المقعد	0	1	2	3
3	يواجه صعوبة بإظهار الانتباه خلال تنفيذه للمهام أو الأنشطة المطلوبة.	0	1	2	3
4	يغادر مقعده داخل الصف أو في الأماكن الأخرى التي تستدعي جلوسه	0	1	2	3
5	يبدو غير مصغ حين يوجه له الحديث	0	1	2	3
6	يركض ويتسلق على الأشياء بشكل مبالغ فيه في حالات غير ملائمة	0	1	2	3
7	لا يستجيب للتعليمات ويفشل في إنهاء المهمات	0	1	2	3
8	يواجه صعوبة باللعب المنظم أو الانضمام بهدوء للنشاطات الجماعية دونما إحداث فوضى	0	1	2	3
9	يواجه صعوبة في تنظيم المهمات والأنشطة	0	1	2	3
10	يتحرك ويتنقل كثيرا داخل غرفة الصف	0	1	2	3
11	يتجنب المشاركة في المهام (المدرسية أو الواجبات المنزلية)التي تتطلب جهدا ذهنيا	0	1	2	3
12	يتحدث بإفراط	0	1	2	3
13	يفقد الأشياء الضرورية والمرتبطة بالمهام والأنشطة(مثل الأقلام، الكتب...)	0	1	2	3
14	يندفع بالإجابة عن الأسئلة قبل الانتهاء من السؤال	0	1	2	3
15	يتشتت انتباهه بسهولة	0	1	2	3
16	يواجه صعوبة في انتظار دوره	0	1	2	3
17	ينسى ما يطلب منه من نشاطات يومية	0	1	2	3
18	يقاطع الآخرين ويتدخل في شؤونهم.	0	1	2	3

ملحق رقم (3)
الصورة النهائية للمقياس

مقياس قصور الانتباه والحركة الزائدة (الصورة الاماراتية المعربة)

الجزء الأول: تعليمات

عزيزي المعلم/ المعلمة:

تعرض عليك مجموعة من الفقرات التي تعبر عن بعض الخصائص السلوكية والمشكلات الشائعة التي قد تواجه طلبة المرحلة الابتدائية، يرجى التكرم بقراءة كل منها بدقة وتقدير مدى وجود هذه المشكلة لدى الطالب من خلال ملاحظتكم اليومية وتعاملكم معه منذ بداية العام الدراسي وذلك بوضع دئرة حول رمز الإجابة على النحو التالي:

- تعطى درجة (3) عند الإجابة بكلمة (دائما) وتشير إلى حدوث وتكرار السلوك بشكل مستمر.
- تعطى درجة (2) عند الإجابة بكلمة (غالبا) وتشير إلى حدوث السلوك على فترات متقاربة.
- تعطى درجة (1) عند الإجابة بكلمة (أحيانا) وتشير إلى حدوث السلوك على فترات متباعدة.
- تعطى درجة (0) عند الإجابة بكلمة (أبدا أو نادرا) وتشير إلى عدم حدوث السلوك أو ظهوره بشكل قليل جدا.

يرجى عدم ترك فقرات دون تحديد استجابتك عليها، علما أن البيانات سرية وتستخدم لأغراض البحث العلمي.
شاكرين لكم حسن تعاونكم.

الجزء الثاني: المعلومات الخاصة بالفاحص والمفحوص:

إسم المعلم/المعلمة : (اختياري) : سنوات الخبرة:

التخصص:

إسم الطالب: (أو رقمه في قائمة أسماء طلبة الفصل) : ....

الجنس: ..... ذكر .... أنثى

تاريخ الميلاد:.............................. العمر: .... الصف والشعبة:.................

المدرسة :.................................... الإمارة: **..................................**

م	الفقرة	أبدا أو نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	يرتكب أخطاءا في المهام المدرسية تعكس اللامبالاة وعدم الانتباه.	0	1	2	3
2	كثير التململ وغير مستقر في الجلوس على المقعد .	0	1	2	3
3	يصعب عليه الانتباه أثناء تنفيذ المهام المدرسية.	0	1	2	3
4	يترك مقعده ويتحرك داخل الصف بدون سبب.	0	1	2	3
5	لا ينصت باهتمام لحديث الآخرين.	0	1	2	3
6	يركض في المكان بشكل مبالغ فيه دون أن يطلب منه.	0	1	2	3
7	لا يستجيب لتعليمات المعلم.	0	1	2	3
8	يواجه صعوبة باللعب المنظم مع الجماعة.	0	1	2	3
9	يواجه صعوبة في تنظيم المهمات والأنشطة المكلف بها.	0	1	2	3
10	يتنقل من مكان إلى آخر داخل الصف.	0	1	2	3
11	يتجنب المشاركة في المهام (المدرسية أو الواجبات المنزلية)التي تحتاج إلى تفكير.	0	1	2	3
12	كثير الكلام.	0	1	2	3
13	يفقد الأشياء الضرورية والمرتبطة بالمهام والأنشطة(مثل الأقلام، الكتب...).	0	1	2	3
14	يندفع بالإجابة عن السؤال قبل الانتهاء من سماعه.	0	1	2	3
15	يتشتت انتباهه بسهولة.	0	1	2	3
16	لا ينتظر دوره في اللعب مع الأقران.	0	1	2	3
17	ينسى أداء الأنشطة والواجبات المنزلية المكلف بها.	0	1	2	3
18	يقاطع الآخرين أثناء حديثهم معه.	0	1	2	3

ملحق رقم (4)

أسماء المحكمين الذين قاموا بتحكيم أداة الدراسة

الإسم	التخصص	جهة العمل
د. ابراهيم أمين القريوتي	تربية خاصة	جامعة السلطان قابوس
أ. أحمد البوريني	لغة انجليزية	منطقة الشارقة التعليمية
د. ثابت الخطيب	**موجه أول لغة عربية**	وزارة التربية/ الامارات
أ. د. سعيد الأعظمي	تربية خاصة	جامعة عمان العربية
أ. د. شاكر قنديل	تربية خاصة	جامعة الخليج العربي/البحرين
د. صلاح عميرة	تربية خاصة	وزارة التربية/الامارات
د. عائشة الجلاهمة	تربية خاصة	وزارة التربية/ الامارات
أ.د. عبد العزيز السرطاوي	تربية خاصة	جامعة الامارات
د. محمد صالح الإمام	تربية خاصة	جامعة عمان العربية
د. هشام عمر عبد العزيز	**موجه أول مجال(لغة عربية)**	وزارة التربية/ الامارات

ملحق رقم (5)

خطاب معالي رئيس جامعة عمان العربية إلى وزير التربية والتعليم بدولة الإمارات

جامعة عمان العربية للدراسات العليا

Amman Arab University For Graduate Studies

كلية الدراسات التربوية العليا

معالي الدكتور حنيف حسن المحترم
وزير التربية والتعليم
دولة الإمارات العربية المتحدة

2008/2/26

معالي الدكتور حسن

تحية طيبة وبعد،

يقوم الطالب مؤيد عبد الهادي حميدي المسجل في برنامج الدكتوراه تخصص (التربية الخاصة) بدراسة حول " تشخيص إضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى طلبة المرحلة الإبتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة" وتتضمن إجراءات الدراسة قيام الطالب بتطبيق مقياس على الطلبة والمعلمين بالمدارس التابعة لدولة الإمارات العربية المتحدة ، وذلك استكمالا لمتطلبات درجة الدكتوراه، ارجو التكرم بتسهيل مهمة الطالب المذكور.

شاكرين لكم تعاونكم وتفضلوا بقبول فائق الإحترام،،،

الرئيس

سعيد التل

ملحق رقم (6)

خطاب الموافقة على تطبيق أداة الدراسة على أفراد العينة بوزارة التربية والتعليم

دولة الإمارات العربية المتحدة
وزارة التربيــة والتعليـم
المدير التنفيذي
للشؤون التعليمية

UNITED ARAB EMIRATES
MINISTRY OF EDUCATION
Chief Executive for
Educational Affairs

الرقم : ٥٧٢
التاريخ : ٢٠٠٨/٤/٢٠م

السيد / مدير إدارة التربية الخاصة بالإنابة   المحترمة

تحية طيبة،،

بالإشارة إلى كتابكم رقم (91) بتاريخ 2008/4/6م ،بشأن تطبيق أطروحة الدكتوراه التي يعدها الأستاذ/ مؤيد عبدالهادي – الموجه في إدارة التربية الخاصة _

يطيب لنا موافاتكم بموافقتنا على قيام المذكور بتطبيق قائمة رصد على عينة من طلبتنا، آملين أن تُتوج جهود الباحث بالنجاح ، وأن تشكل الأطروحة المزمع إعدادها مرجعاً تربوياً للعاملين في الميدان التربوي .

هذا للعلم وإجراء ما يلزم .

شاكرين لكم حسن تعاونكم،،
وتفضلوا بقبول وافر الاحترام والتقدير،،

د.فوزية محمد سعيد بدري
المدير التنفيذي للشؤون التعليمية بالإنابة

الإمارات العربية المتحدة، أبوظبي • هاتف: ٦٢١ ١٣٨٨ - ٢ ٩٧١+ • فاكس: ٦٢١ ١٥٠٨ - ٢ ٩٧١+ • ص.ب: ٢٩٥
الإمارات العربية المتحدة، دبي • هاتف: ٢٦٣ ٨٠٩٩ - ٤ ٩٧١+ • فاكس: ٢٦٣ ٨١٠٢ - ٤ ٩٧١+ • ص.ب: ٣٩٦٢

UAE - Abu Dhabi • Tel: +971 2 - 621 1388 • Fax: +971 2 - 621 1508 • P.O.Box 295
UAE - Dubai • Tel: +971 4 - 263 8099 • Fax: +971 4 - 263 8102 • P.O.Box 3962
E-mail: fouzia.badri@moe.gov.ae
Website: www.moe.gov.ae